FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914 — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louise POPELIN

Née à Elbeuf, le 16 avril 1889,
Externe des Hôpitaux.

ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

CRISE INTERMENSTRUELLE

Président : M. POZZI, *Professeur*

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1914

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. LANDOUZY

PROFESSEURS :	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (Henri)	MULON	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

A Monsieur le Docteur A. SIREDEY

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

qui nous inspira le sujet de cette thèse, et nous aida toujours de ses conseils.

A MES MAITRES DES HOPITAUX

Stages

1re année (bénévole). M. le Docteur ALGLAVE, Chirurgien des Hôpitaux, Agrégé.

M. le Docteur LION, Médecin de la Pitié.

2e année. M. le Docteur RENON, Agrégé, Médecin de l'Hôpital Necker.

M. le Professeur LEGUEU, Chirurgien de l'Hôpital Laënnec.

Externat

1re année. M. le Docteur MICHAUX, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

2e — M. le Docteur GALLIARD, Médecin de l'Hôpital Lariboisière.

3e — M. le Docteur LION, Médecin de la Pitié.

4e et *5e* — M. le Docteur A. SIREDEY, Médecin de Saint-Antoine.

A MES PARENTS

A MES AMIS

ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

CRISE INTERMENSTRUELLE

INTRODUCTION

Au cours des 18 mois que nous avons passés comme externe dans le service de M. le Dr Siredey, il a souvent appelé notre attention sur la *crise intermenstruelle* que présentent certaines femmes.

Chez quelques-unes, en effet, le milieu de l'espace intermenstruel entre le 18e et le 10e jour qui précèdent les règles est marqué par un ensemble de symptômes rappelant le tableau clinique de la menstruation. Ce sont des phénomènes douloureux siégeant presque toujours dans la sphère génitale; abdomino-lombaires le plus souvent.

Ils apparaissent *à date fixe* et sont parfois accompagnés d'un *écoulement leucorrhéique* ou *sanguin.*

Dans quelques cas, la crise se complique d'un certain nombre de troubles : digestifs, nerveux, intellectuels, comme on en observe au cours de la menstruation. On a même admis que ces phénomènes pouvaient à eux seuls constituer la crise, à l'exclusion de toute douleur et de tout écoulement.

Ce qui caractérise la crise, c'est l'analogie des troubles, qui la constituent, avec ceux qui accompagnent une menstruation plus ou moins douloureuse, parfois même normale; c'est aussi leur apparition à une date à peu près fixe, vers le milieu de l'espace intermenstruel.

Ces caractères permettent de différencier les douleurs intermenstruelles de celles qui surviennent sans régularité, ni périodicité, au cours des diverses affections génitales ou de quelques maladies générales.

Les femmes donnent souvent à ces troubles le nom de :

Petites règles ou de *Petite époque.*

D'autres noms ont été proposés par les auteurs, tels que :

Menstruation rémittente (Tilt);

Règles surnuméraires (Dubois et Pajot);

Période intermédiaire (Stolz).

Les suivants nous semblent préférables :

Molimen utérin intermenstruel (Courty);

Intermediate dysmenorrhea (Priestley);

Intermenstrual ou *Middle pain* (Lister);

Douleurs du milieu de mois;

Mittelschmerzen (Fasbender);

Poussée congestive intermenstruelle (Bouilly);

Crise intermenstruelle.

C'est ce dernier terme que nous adopterons dans notre étude, car il a l'avantage de ne préjuger aucunement l'origine de ces troubles.

Pendant un an et demi, nous avons, dans le but de faire ce travail, recueilli systématiquement l'observation de toute femme que nous avons pu interroger. Notre

enquête, faite avec impartialité et en nous entourant de toutes les garanties possibles, nous a fourni un nombre assez élevé de documents. Des renseignements précis ont été recueillis chez 1521 femmes de tout âge et de toute condition sociale.

La plupart de nos observations ont été recueillies à la consultation gynécologique de l'hôpital Saint-Antoine sous le contrôle de notre maître.

D'autres ont été fournies par l'interrogatoire et l'examen de malades hospitalisées dans le service pour des affections diverses non génitales.

Un grand nombre de femmes d'un tout autre milieu ont été patiemment interrogées pendant plusieurs mois par M. Siredey, qui a bien voulu faire cette recherche dans sa clientèle. Ces renseignements nous ont été très précieux.

Nous avons, d'autre part, recueilli des observations de femmes bien portantes, exemptes de toute tare locale ou générale, choisies parmi des intellectuelles, élèves de la Sorbonne, de la Faculté de médecine ou de diverses écoles supérieures.

Les renseignements que nous avons obtenus nous paraissent avoir une réelle valeur. Si l'on peut objecter que nombre de nos malades d'hôpital n'ont pas l'habitude de s'observer et qu'elles laissent quelquefois passer des malaises de ce genre sans y prendre garde, cette objection ne peut s'adresser aux malades de la ville. Les renseignements ont été dans ce cas plus faciles à recueillir, la femme comprenant mieux ce qu'on lui demande et étant accoutumée d'ailleurs à surveiller plus attentivement sa

santé. Les documents que nous avons recueillis ont une importance encore plus décisive lorsqu'ils nous sont fournis par des étudiantes en médecine, parfaitement au courant de la question, qui comprennent le but de nos recherches et veulent bien observer avec attention sur elles-mêmes les malaises de ce genre qu'elles peuvent ressentir.

A mesure que les observations s'amassaient, nous avons constaté que les renseignements concordaient fort bien ensemble, quelle que fût la situation sociale des femmes.

Quoiqu'il ait été écrit à ce sujet, *la crise intermenstruelle* nous a paru toujours indépendante des conditions purement physiologiques; elle ne dépend ni de l'âge, ni du nervosisme; l'influence prépondérante que certains auteurs accordent à celui-ci nous semble exagérée; il ne faut pas oublier que nombre de femmes, soi-disant névropathes, sont réellement des malades chez lesquelles il existe des lésions, passant parfois inaperçues au cours d'un examen, et qu'une opération a dans quelques cas fait constater.

Ce qui provoque l'apparition de la crise, c'est l'état de santé locale ou générale. C'est ainsi que nous ne décelons pas ce syndrôme chez des femmes bien portantes, bien développées et sans aucune tare, alors que nous le trouvons nettement chez des femmes incomparablement moins cultivées, mais malades, et dont le passé génital est le plus souvent chargé; et ceci indépendamment de tous les caractères plus ou moins précis que la crise peut revêtir.

CHAPITRE

HISTORIQUE

La *crise intermenstruelle* est connue depuis longtemps déjà; de nombreux auteurs ont signalé la douleur et les écoulements en dehors des époques.

On la trouve mentionnée pour la première fois par LISFRANC (1) : « Les femmes, sans signes précurseurs, sont prises soudainement de tranchées utérines atroces, un poids énorme tombe sur le rectum, ces douleurs sont analogues à celles de l'enfantement, mais beaucoup plus vives; parfois il apparaît un peu de sang et, après une durée plus ou moins longue, l'accès se dissipe peu à peu, souvent pour ne plus revenir, et ne laisse après lui qu'une grande faiblesse dans les reins, assez fréquemment avec des pesanteurs dans la région hypogastrique ».

PAULY (2) publia à ce sujet 2 observations : une femme soignée par Lisfranc pour une *métro-péritonite*

(1 et 2) *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus* recueillies par Pauly, 1836.

présente une crise 8 jours après la fin des règles. Chez une autre un *écoulement sanguin* semble à lui seul constituer la crise : cette femme *réglée à 20 ans* perdait du sang *tous les 15 jours durant une semaine*. Chaque fois la perte était précédée de malaises : pesanteur stomacale, nausées, vomissements, fatigue, etc.; il est difficile de considérer ce cas comme étant purement physiologique.

C'est aussi l'écoulement sanguin que remarque Brierre de Boismont (1); cet écoulement serait physiologique mais exceptionnel. Quelques femmes, dans la proportion de 1 sur 100, seraient réglées tous les 15 jours.

Deux observations de Négrier (2) signalent la même anomalie. Chez la première femme, réglée à 13 ans, ce rythme n'était apparu que vers 16 ans, et ne s'était pas modifié depuis 3 ans qu'il existait. Il existait depuis la puberté dans une autre observation. Après 4 grossesses successives de 19 à 23 ans, l'écoulement ne reparaissait plus que tous les mois.

Négrier admit alors l'existence d'un écoulement un peu moins abondant, un peu moins prolongé que des règles normales, et correspondant chez quelques femmes à une *ponte supplémentaire*. « Le mouvement d'évolution est plus rapide dans les deux ovaires, qui fonctionnent alternativement tantôt le droit tantôt le gauche ».

Tilt (3) signale l'écoulement sous le nom de mens-

(1) *De la menstruation*, 1842.

(2) *Recueil de faits pour servir à l'histoire des affections des ovaires et des affections hystériques*, 1858.

(3) *De l'inflammation utéro-ovarienne, des troubles et de la physiologie de la menstruation*, 1862.

truation rémittente, et il admet l'existence d'une crise pathologique, dépendant d'une affection organique ou nerveuse de l'appareil utéro-ovarien.

Paul Dubois et Pajot (1) le nomment règles surnuméraires et il serait provoqué par la turgescence du tissu érectile de l'utérus.

C'est encore une affection de l'appareil utéro-annexiel qui, d'après Courty (2), provoquerait le « molimen utérin intermenstruel » rappelant les phénomènes de l'écoulement cataménial.

Ces troubles passent inaperçus chez la plupart des femmes, mais ils seraient rendus appréciables et évidents par des lésions locales.

Avec Priestley (3) nous retrouvons des faits précis et ce qui domine, dans ses trois observations, c'est l'existence de la douleur.

Une femme présente la crise pendant les 15 jours qui précèdent les règles : on trouve à l'examen un ligament large empâté.

Chez une autre, atteinte de lésions ovariennes et périovariennes évidentes, la crise cessait quelques heures avant l'écoulement menstruel.

Quant à la troisième, la crise apparaissait comme chez les précédentes 15 jours avant les règles, mais ne durait que 4 ou 5 jours, augmentant d'intensité lorsque la menstruation avait été ou devait être troublée. Des

(1) *Traité complet de l'art des accouchements*, 1866.
(2) *Traité pratique des maladies de l'utérus des ovaires et des trompes*, 1866.
(3) *Comptes rendus de la Société de médecine et de chirurgie*, Londres, 1871.

lésions ovariennes et de l'empâtement péri-ovarien existaient chez elle.

Priestley pense que la crise est liée à une difficulté de l'ovulation dans un organe dont la couche externe est épaissie.

Lister propose le nom d'*intermenstrual* ou *middle pain.*

Depaul et Gueniot (1) admettent l'existence physiologique des règles surnuméraires qu'ils signalent chez certaines femmes.

Une observation de crise douloureuse est publiée par Vachell (2); cette crise datait de quelques mois, augmentait progressivement d'intensité, durait du 10e au 4e jour avant les règles et était accompagnée de leucorrhée.

Frankenhauser (3) signale la crise à la Société des sciences médicales de Zurich.

A la même époque Fasbender (4) publie deux observations de crise intermenstruelle : la 1re est celle d'une femme atteinte de métrite ulcéreuse avec endométrite et antéflexion très accentuée, qui présente une crise analogue aux douleurs menstruelles avec augmentation de la leucorrhée 14, 15 ou 16 jours avant les règles. Cette femme habituellement dysménorrhéique n'éprouve la crise intermenstruelle que depuis 2 ans seulement.

Dans l'autre il s'agit d'une femme réglée un peu tard,

(1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de Dechambre. Article Menstruation, 1872.
(2) *British medical journal*, 1872.
(3) Société des sciences médicales de Zurich, 1874.
(4) *Berliner klin. Wochens.*, 1874.

à 17 ans, qui, à la suite d'une hémorragie abondante vraisemblablement liée à une fausse couche, éprouve, dans l'intervalle de deux époques, des douleurs analogues à celles de la menstruation avec écoulement sanguin.

L'examen local montre l'existence d'une antéflexion très marquée de l'utérus, par rétraction des ligaments utéro-sacrés, et de la sténose de l'orifiee externe du col.

Fasbender conclut à l'existence d'un « stimulus ovarien » précédant la menstruation de 14 jours.

Barnes (1) fait allusion à une congestion ovarienne intermédiaire dépendant étroitement d'une dysménorrhée d'origine ovarienne.

La même opinion est émise par de Sinéty (2) qui a constaté des lésions de métrite chronique chez des femmes présentant la crise intermédiaire.

Martineau (3), qui a surtout remarqué l'écoulement sanguin, admet que, chez certaines femmes saines et bien portantes, la menstruation peut se produire régulièrement toutes les 2 ou 3 semaines.

C'est encore l'écoulement sanguin que signale Gaillard Thomas (4); il l'aurait observé dans deux cas : le 9e et le 14e jour après les règles.

Une courte allusion à la crise est faite par Petit (5).

L'observation la plus complète, la plus précise et portant sur plus de 12 années chez une même femme

(1) *Traité clinique des maladies des femmes*, 1876.
(2) *Manuel de gynécologie et des maladies des femmes*, 1879.
(3) *Traité clinique des affections de l'utérus*, 1879.
(4) *Ibid.*, 1879.
(5) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Article Dysménorrhée, 1884.

est publiée par Sorel (1). Cette observation très minutieuse donne pour chaque mois la durée de l'intervalle qui sépare la douleur de la fin de la menstruation précédente et du début de la suivante. Les notes recueillies indiquent l'intensité, le siège de la douleur, qui se trouve être un peu plus fréquente à droite qu'à gauche, et les particularités qu'elle présente. Elle survient le plus souvent le 12e ou 10e jour avant les règles, mais parfois aussi le 8e; sa durée est de quelques heures.

Martin (2) signale l'existence de la crise. Dès cette époque, Stapfer (3) décrit deux crises intermenstruelles, avec troubles vaso-moteurs généraux, concordant ou alternant avec un double molimen.

La Société d'obstétrique d'Edimbourg s'occupa de la crise intermenstruelle. Murray (4), dans une communication, cite deux observations : la 1re signale une douleur très vive le 14e jour après le début des règles, soit à gauche soit à droite, accompagnée de troubles généraux et disparaissant brusquement le 2e jour. Cette femme était soignée récemment pour endométrite et rétroversion.

Dans la 2e observation, la crise survint 4 ans après le mariage. Elle se produit 14 jours après le début des règles et dure 2 à 3 jours, cessant brusquement. La femme dit n'éprouver d'appétit sexuel que le 1er ou 2e jour après la crise.

(1) *Gazette médicale de Picardie*, 1886.
(2) *Traité clinique des maladies des femmes*, 1886.
(3) Cellulite et myocellulite abdomino-pelvienne. *Annales de gynécologie*, juillet 1893. — *Traité de kinésithérapie gynécologique*, 1894.
(4) Société d'obstétrique d'Edimbourg, 11 décembre 1895.

Quelques mois plus tard la discussion est mise à l'ordre du jour de la Société et Halliday Croom (1) cite deux observations.

La 1re est celle d'une jeune fille qui, 2 ans avant la puberté, avait eu une scarlatine très grave. Dès les premières menstruations, à 16 ans, elle éprouvait 14 ou 15 jours après les règles une douleur très vive d'un côté ou de l'autre, et la faisant recourir à la morphine.

La même crise existait chez une femme atteinte d'ovarite scléro-kystique droite avec hydrosalpinx et chez laquelle il fallut recourir à la castration.

La première description complète, détaillée et précise de la crise est due à Bouilly (2) qui lui donne le nom de *Poussée congestive intermenstruelle*. C'est une étude très intéressante dont on s'est beaucoup inspiré depuis. La crise est ainsi définie : « Symptômes se produisant entre les règles chez des femmes dont les organes génitaux paraissent sains ou atteints de lésions difficilement appréciables et se produisant toujours à la même époque ou à peu près à la même époque ». Ils se produiraient 10 à 12 jours après la fin des règles sous forme d'une douleur unilatérale un peu plus fréquente à gauche, d'intensité variable, irradiant peu vers la région inguinale et lombaire, durant 2 à 3 jours ou se prolongeant jusqu'aux règles.

Les douleurs sont le plus souvent accompagnées d'un écoulement hydrorrhéique, leucorrhéique, sanguinolent

(1) Société d'obstétrique d'Edimbourg, 1896.
(2) Des poussées congestives intermenstruelles. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, juillet 1897.

ou franchement sanglant; écoulement présentant des variations parallèles à celles de la douleur, mais existant parfois en dehors de tout phénomène douloureux.

« Dans la plupart des cas, on retrouve à une époque plus ou moins éloignée une petite poussée inflammatoire abdominale, une histoire plus ou moins nette de péri ou de paramétrite, ayant succédé à un accouchement, à un avortement, ou parfois survenue sans cause appréciable. L'examen ne révèle souvent rien, ou un ovaire petit, adhérent, atteint d'ovarite avec périovarite.

« La régularité du phénomène, 12 jours après la fin des règles, semble liée à une fonction physiologique, soit poussée congestive liée à une menstruation surnuméraire, se faisant du côté de l'ovaire sain chez certaines femmes, ou ne se produisant que dans les cas de lésion ovarienne plus ou moins marquée, mais en général petite et difficilement appréciable ».

Marion Marsh (1) observa 2 cas de congestion intermenstruelle et il émet l'hypothèse d'une ovulation distante de la menstruation.

L'origine de cette crise fut discutée à la Société d'obstétrique de Londres. Plusieurs observations sont citées par Addinsel, Carduo Still, Cullingworth (2).

Addinsel avait recueilli les 4 faits suivants :

1° Une femme de 29 ans éprouve des douleurs hypogastriques généralisées du 12e au 14e jour après les règles. Elle est atteinte de métrite cervicale et présente une tumé-

(1) Phénomènes intermenstruels et interprétation. *Journal américain d'obstétrique*, juillet 1897.
(2) Société d'obstétrique de Londres, 1898.

faction allongée du ligament large gauche laquelle disparaît après l'écoulement d'un liquide muco-purulent épais qui termine la crise.

2° La crise apparaît le 17e jour après les règles, dure 2 à 3 jours chez une femme atteinte de salpingite et dont l'utérus est fibromateux. Disparition de la crise après l'oophorectomie.

3° Douleurs à gauche 12 à 13 jours après les règles et écoulement d'un liquide épais chez une femme dont l'utérus est rétrofléchi, fibromateux, et qui présente en outre une tuméfaction élastique du ligament large gauche.

4° Douleur intermenstruelle disparaissant après un écoulement.

Carduo Still cite alors l'observation d'une femme dont le rythme menstruel un peu anormal est de 21 jours. Depuis 3 ans elle présentait, au milieu de l'intervalle, une légère douleur ovarienne avec écoulement sanguin durant 1 à 2 jours. Le même fait s'était produit chez la mère de 20 à 21 ans.

Hermann, Routh, Sutton, Boæill, Smith, Gales, Cullingworth prennent part à la discussion qui se termine par cette conclusion qu'aucune théorie n'est satisfaisante.

L'année suivante Brodier (1) signale la localisation sus-pubienne de la crise, qui s'accompagne parfois de pollakiurie. L'utérus après les règles s'abaisse dans le bassin et vient appuyer sur la vessie, ce qui explique

(1) Congrès d'Amsterdam, 1898.

l'apparition de la douleur 6, 7, 8 jours après la fin des règles.

La localisation hypogastrique de la douleur et l'augmentation de la leucorrhée sont signalées par Campenon et Fassina (1). Parmi les observations personnelles on relève les constatations suivantes :

Sur 3 femmes la douleur est apparue 2 fois après l'accouchement. Chez la troisième l'apparition tardive de la crise a coïncidé avec le début d'une dysménorrhée, habituelle depuis cette époque et survenue sans cause apparente.

La première souffrait 12 à 15 jours après le début des règles et une intervention chirurgicale fait constater l'existence de salpingite et de double ovarite scléro-kystique. La deuxième, dysménorrhéique dès l'origine, souffrait 10 jours après la fin des règles : l'utérus était rétrofléchi et rétroversé. La troisième souffrait 10 jours après la fin des règles, l'utérus était sensible mais on ne constatait aucune lésion apparente des annexes.

Rudaux (2) publia ensuite une étude de la crise, très inspirée de Bouilly dont il adopte les théories.

Nous trouvons encore 5 cas de congestions frustes dans la thèse de Jourdain (3).

Une courte mention de la crise est faite par Robin et Dalche (4) qui la signalent incidemment sous le nom de *dysménorrhée intermenstruelle.* La douleur,

(1) *Des douleurs intermenstruelles.* Thèse de Paris, 1899.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 24 février 1900.
(3) *Des congestions frustes intermenstruelles.* Thèse de Lyon, 1903.
(4) *Traitement médical des maladies des femmes*, 1909.

d'intensité variable, survient 12 à 15 jours après la menstruation ; elle est parfois accompagnée d'un écoulement blanc, strié de sang ou sanguinolent. C'est une menstruation intermédiaire dépendant d'un molimen imparfait ou symptomatique de lésions tubo-ovariennes.

Le travail très intéressant de Forgue et Massabuau (1) sur l'ovaire à petit kystes apporte des données très précises et des renseignements anatomo-pathologiques précieux sur l'état des ovaires chez des femmes présentant la crise. Ils admettent qu'elle est rare et ils rappellent que Rosner ne l'a rencontrée que 12 fois sur 2350 malades : quant à l'hémorragie intermenstruelle signalée 15 fois sur 40 cas par Barraud, elle ne serait pas plus fréquente que la douleur.

L'examen macroscopique et histologique leur permet de conclure à l'existence d'ovarite scléro-kystique chez les femmes présentant le syndrôme que nous étudions.

Comme on le voit, tous ces auteurs ont expliqué la crise intermenstruelle par des lésions de l'appareil génital et en particulier par des lésions tubo-ovariennes.

Priestley soupçonne un lien entre cette douleur et une difficulté pathologique de l'ovulation. Marion Marsh pense que les phénomènes intermenstruels étudiés attentivement justifieraient son opinion de la ponte au milieu du mois. Mais c'est jusqu'à cette époque une opinion peu répandue et une simple hypothèse qu'aucun fait clinique précis ne vient justifier.

Avec Stapfer nous trouvons une conception très

(1) L'ovaire à petits kystes. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1910.

nouvelle de la crise. Ce qui constitue la grande originalité de ce travail et ce qui a contribué au grand succès de cette interprétation, c'est qu'elle répondait justement à une nouvelle conception physiologique de la menstruation.

Lövenhart, Marsh, Croom, Heitzmann, admettent que l'ovulation se fait à une période également distante de la fin et du début de la menstruation et Kreiss place la rupture du follicule 8 à 10 jours avant l'écoulement menstruel.

Les travaux et les recherches histologiques et expérimentales de Fraenkel (1), Kreiss, Keiffer (2), Ancel (3), Bouin, Villemin (4), établissent que le follicule se développe dans les 15 jours qui suivent le début des règles et qu'il se rompt 12 à 14 jours avant l'écoulement menstruel. Celui-ci est produit par le fonctionnement du corps jaune dont l'atrophie commence à l'apparition du sang.

C'est en partie sur les données physiologiques qui lui sont fournies par la thèse de Villemin que Stapfer (5) édifia sa théorie.

Ce n'est plus une, mais *deux* crises intermenstruelles que l'on trouve, non plus seulement dans quelques cas exceptionnels, *mais chez toutes les femmes.* « Les

(1) La fonction du corps jaune. *Archives de gynécologie*, 1903.

(2) *Contribution à la physiologie de la menstruation clinique.* Bruxelles, 1892.

(3) Sur la cause de la menstruation. *Comptes rendus de la Société de biologie.* Juillet 1907 (Ancel et Villemin).

(4) *Le corps jaune considéré comme glande à sécrétion interne de l'ovaire.* Thèse de Lyon, 1908.

(5) *Les vagues utéro-ovariennes. Physiologie et psychologie normales et pathologiques de la femme,* 1912.

femmes saines ou malades éprouvent chaque mois à deux reprises des troubles locaux ou généraux, bizarres par leur variété, légers ou intenses, objectifs et subjectifs, manifestes ou latents ».

Deux vagues de sang envahissent à jours fixes et à intervalles égaux les organes pelviens. La première ou vague de ponte a son maximum le 14e, 15e, 16e jour. La deuxième ou vague de maturation du corps jaune correspond aux 26e, 27e, 28e jours ; elles sont toutes deux précédées d'une phase de congestion ou molimen, la première poussée congestive est beaucoup plus prononcée que la deuxième.

Cliniquement, ce double molimen serait caractérisé chez toutes les femmes par l'apparition transitoire des prodromes habituels de la menstruation : douleurs abdominales, pesanteurs, écoulements, modifications psychiques, troubles généraux de toute sorte. Cette double crise apparaissant à date fixe serait signalée par les femmes qui savent s'observer.

Cette interprétation, uniquement physiologique et basée sur des considérations théoriques, est certainement ingénieuse et séduisante ; cependant elle est trop absolue et ne correspond pas à ce que l'on observe dans l'immense majorité des cas.

Trop étendue, elle généralise à toutes les femmes des faits que l'on ne constate que chez quelques-unes et ne fait aucune différence entre la femme parfaitement bien portante et la femme plus ou moins malade.

Elle fait rentrer dans le cadre d'une double crise toutes les modifications de l'état général se produi-

sant chez la femme avec une apparence de régularité.

Enfin elle assigne une date d'apparition beaucoup trop précise à cette double crise, sans tenir compte des variations individuelles très marquées. Aussi cette conception nous paraît-elle plus théorique que clinique.

Cependant, à l'heure actuelle, c'est l'interprétation que l'on tend à donner à la crise.

Dalché (1) cite les vagues et les molimens d'après Stapfer.

Pour Faure et A. Siredey (2), la crise intermenstruelle, sans être aussi fréquente que le pensent certains auteurs, est loin d'être exceptionnelle; elle ne saurait être considérée comme un phénomène physiologique; elle est toujours en rapport avec des altérations annexielles d'origine infectieuse ou dystrophique.

(1) Les dysménorrhées essentielles et leur traitement. *Progrès médical*, 21 juin 1913.

(2) *Traité de gynécologie médico-chirurgicale* (2e édition), 1914.

CHAPITRE II

DESCRIPTION CLINIQUE

La *crise intermenstruelle* est essentiellement caractérisée par l'apparition *régulière* de phénomènes douloureux vers le milieu de l'espace intermenstruel : la douleur s'accompagne assez souvent d'un écoulement leucorrhéique et même de pertes de sang d'abondance variable; mais ces deux symptômes sont loin d'être constants, ils sont quelquefois à peine ébauchés et manquent souvent.

I. — Caractères de la douleur.

La douleur présente une réelle analogie avec ce qui se passe au moment des règles. Cette ressemblance lui vient, non seulement de son siège, mais d'un ensemble de petites modifications individuelles, difficiles à définir et que toute femme sait reconnaître, de même qu'elle

sait différencier les douleurs menstruelles de toutes les douleurs banales des affections génitales.

La douleur peut débuter brusquement, surprenant la femme dans ses occupations, parfois même la réveillant la nuit. Elle est en général annoncée par des prodromes rappelant ceux de l'écoulement menstruel ; ils sont le plus souvent frustes, se réduisent à une légère sensibilité abdominale mal définie, à une sensation de fatigue, à un peu de céphalée, d'abattement ou de nervosité. Ces troubles sont réduits au minimum et les femmes ne les signalent ni avec la régularité, ni avec l'importance qu'ils présentent à l'approche des règles. Aussi sont-ils presque toujours peu appréciables chez les femmes ne passant pas leur temps à s'observer constamment.

Elle est utérine, lombo-abdominale ou ovarienne.

Douleur utérine. — C'est parfois une sensation de pesanteur, simple gêne fugace, attirant à peine l'attention, ou au contraire très pénible, gênant véritablement la femme et ne pouvant passer inaperçue. Elle est ou bien localisée, siégeant dans la région médiane hypogastrique ou rétrosymphysaire, ou bien diffuse ; c'est alors une sensation de pesanteur intéressant tout le bassin, avec irradiations du côté de la vessie et du rectum, parfois même dans les membres inférieurs.

Assez voisines de ces sensations de pesanteur, tout au moins par leur localisation apparente, nous trouvons des douleurs franchement utérines : ce sont les coliques, sensations légères, brèves, espacées, durant quelques secondes et ne se répétant qu'à de rares

intervalles, ou au contraire coliques violentes, plus répétées, plus longues, presque subintrantes dans leurs formes les plus vives, et pouvant rappeler les contractions utérines des fausses couches ou de l'accouchement au début du travail. Ces douleurs existent presque toujours en même temps qu'une sensation de pesanteur qui persiste dans l'intervalle.

Douleur lombo-abdominale. — La douleur lombo-abdominale est assez fréquente et le plus souvent pénible; elle débute dans la région lombaire, contourne la taille et descend vers les fosses iliaques, rappelant par son trajet celui de l'uretère; elle est bilatérale ou unilatérale et siège plutôt à gauche. C'est une sensation de brûlure ou de tiraillement, d'élancement, revenant par accès et revêtant quelquefois l'apparence de douleurs névralgiques.

Douleur ovarienne. — Les douleurs que l'on constate le plus souvent sont celles qui sont localisées aux ovaires. Elles siègent dans les fosses iliaques, sur les parties latérales de l'utérus que les femmes indiquent nettement lorsqu'on leur demande d'en préciser le siège. Le plus souvent bilatérales, elles présentent presque toujours une prédominance un peu plus marquée d'un côté, plus généralement à gauche.

Lorsque la douleur est unilatérale, elle reste le plus souvent localisée au même point et n'a pas de tendance à se déplacer. On ne constate réellement aucune alternance rythmée permettant de faire dépendre la crise du fonctionnement régulier et alternatif des glandes génitales. La femme peut dans une même journée res-

sentir le maximum des douleurs, tantôt à droite tantôt à gauche, mais si les souffrances peuvent varier d'intensité, leur localisation d'un mois à l'autre ne semble pas passer de l'ovaire droit à l'ovaire gauche, comme le ferait supposer le fonctionnement alternatif des deux glandes génitales.

La douleur revêt le plus souvent la forme lancinante; son intensité varie d'un moment à l'autre et ne reste pas constante pendant toute la durée de la crise; elle est parfois extrêmement vive, s'accompagnant d'une sensation de brûlure, de déchirement. Dans quelques cas elle rappelle les sensations de brûlure de l'appendicite chronique et, lorsqu'elle siège exclusivement à droite, il est difficile d'en faire le diagnostic. La présence même d'une douleur analogue à gauche ne permet pas d'exonérer complètement l'appendice en raison de l'association très fréquente des altérations appendiculaires et annexielles. Elle peut être moins aiguë, ne donner lieu qu'à de simples picotements peu intenses, gênant à peine la femme et n'entravant pas ses occupations. Ces douleurs sont augmentées par la fatigue, la marche, la station debout, la pression même superficielle et dans quelques cas obligent la femme à s'aliter tout au moins pendant quelques heures.

Il est difficile le plus souvent de préciser si la douleur est exclusivement utérine, lombo-abdominale ou ovarienne, car ces formes sont généralement combinées. Cependant l'acuité peut ne pas être la même, les coliques ou les élancements peuvent par leur prédominance donner parfois à la crise un caractère assez

net, et lui faire revêtir un type individuel et constant.

Évolution. — Les douleurs sont presque toujours intermittentes, rarement continues, et se répètent en laissant à la femme des périodes d'accalmie relative, ou absolue, dont la durée l'emporte en général sur celle des crises. La douleur atteint rarement son maximum d'intensité dès le début, elle apparaît progressivement, et l'acmé survient chez chaque femme à un moment variable. Chez quelques-unes il apparaît très rapidement dès le début, chez d'autres vers la fin, et c'est la forme la plus fréquente.

La disparition est plus ou moins lente, progressive, exceptionnellement brusque, sans qu'aucune règle générale puisse être établie; cependant chez une même femme l'évolution reste sensiblement la même.

La douleur disparue, il peut persister après elle une certaine gêne locale ou une sensation de courbature.

La durée de la douleur depuis son début jusqu'à sa disparition complète est variable; aucune règle fixe ne peut être établie à ce propos.

Parfois elle ne dure que quelques heures, c'est la forme la plus rare; le plus souvent elle persiste 2, 3, 4 jours et même 6 ou 8 jours : ce sont les formes les plus typiques. Assez souvent la douleur se prolonge davantage, elle ne disparaît que la veille ou le 1er jour des règles; elle persiste même, atténuée ou accrue pendant les premiers jours de l'écoulement sanguin. Dans cette forme la douleur augmente progressivement et régulièrement d'intensité.

Les caractères de cette douleur rappellent ceux de la

dysménorrhée. La ressemblance est faite de plusieurs éléments : le siège, la forme, l'évolution, la durée sont les principaux, et chez quelques femmes l'analogie est frappante. La dysménorrhée peut être la répétition exacte de la crise terminée depuis quelques jours ou prolongée jusqu'à ce moment et reprenant une nouvelle intensité. « Certaines femmes présentent une crise intermenstruelle transitoire et leur menstruation est au contraire parfaitement normale et indolore; tout se passe comme s'il y avait *dissociation* entre les phénomènes douloureux et l'écoulement cataménial. » C'est à ce type que le terme de dysménorrhée intermenstruelle conviendrait fort bien.

La douleur est le plus souvent spontanée puisqu'elle peut apparaître sans cause appréciable apparente, surprenant la femme dans ses occupations, survenant même la nuit ou au repos. Quelquefois elle survient à la suite de fatigues générales ou locales. De longues courses en voiture, et plus particulièrement en automobile, la position assise prolongée, le travail intellectuel intensif augmentent souvent les malaises.

Irradiations. — La douleur n'est pas exclusivement locale, elle présente des irradiations très fréquentes. Les irradiations lombaires sont les plus constantes, unilatérales ou bilatérales; elles ne se bornent pas toujours à une sensation de gêne et sont parfois assez intenses pour l'emporter sur les autres manifestations de la crise. Certaines femmes, courbaturées péniblement, gênées pour se lever, pour s'asseoir, pour se pencher, se plaignent beaucoup plus de leurs douleurs lombaires

que de leurs douleurs abdominales. Les irradiations vers l'hypocondre, l'épigastre, sont signalées par certaines femmes, mais elles sont rares, presque toujours liées à des complications intestinales et en particulier à un mauvais état de l'appendice.

Les irradiations vers les régions inguinales et crurales sont très fréquentes et parfois très intenses ; elles se présentent sous forme d'élancements, ou de tiraillements ; l'irradiation vers la face interne des cuisses donne l'impression d'une courbature très vive, analogue à celle qui suit un violent exercice musculaire. Cette sensation rappelle tout à fait celle qui, très souvent, précède, accompagne ou suit la menstruation. D'autres fois ces irradiations se font sous la forme de névralgies pelviennes inférieures.

Manifestations se passant du côté du corps thyroïde et des seins. — En même temps qu'elle se manifeste par des douleurs locales, la crise peut être accompagnée par des troubles plus éloignés, mais dépendant encore de modifications génitales et se passant du côté des seins et du corps thyroïde.

Ce qui domine du côté des seins c'est l'augmentation de volume, indolore ou accompagnée d'une sensation de plénitude, de tension simplement gênante ou réellement douloureuse. Certaines femmes accusent en effet des douleurs très vives, spontanées, lancinantes, accompagnées d'une hyperesthésie gênante. Celle-ci peut exister en dehors de toute douleur spontanée, elle est parfois très douloureuse et très prononcée, augmentée par le contact des vêtements, le moindre traumatisme

et gênant la femme pour circuler tant celle-ci redoute le moindre contact.

Nous avons rencontré ces douleurs comme unique manifestation de la crise dans quelques cas et en dehors de toute douleur abdominale.

Chez certaines femmes on rencontre, en effet, au moment de la douleur intermenstruelle une augmentation de volume du corps thyroïde, augmentation assez notable pour être remarquée et parfois plus accentuée que celle qui accompagne les règles chez la même femme.

Ces douleurs ne sont pas les seuls éléments de la crise, et il n'est pas exceptionnel de trouver avec régularité, vers le milieu de l'espace intermenstruel, un ensemble de troubles généraux, accompagnant la douleur. Ils rappellent d'assez près ceux qui très souvent font partie du syndrôme cataménial.

Leur importance a cependant été exagérée ; certains auteurs pensent qu'ils suffisent à caractériser la crise en l'absence de toute douleur et de tout écoulement. Nous n'avons jamais obtenu aucune affirmation précise et décisive dans ce sens. Il serait excessif de vouloir, en dehors de phénomènes douloureux bien caractérisés, rattacher à une influence génitale les irrégularités de caractère, les moments d'inaptitude au travail que l'on peut observer chez les femmes, entre les époques menstruelles, et non moins fréquemment chez les hommes sous l'influence des causes les plus variées, ou même sans causes appréciables.

La douleur locale est parfois accompagnée de nervosité, de fatigue physique, intellectuelle, d'un peu de

nervosité. D'autres femmes éprouvent une légère céphalée frontale, quelquefois de véritables migraines, accompagnées de nausées, d'étourdissements et de douleurs vives. Quelques-unes accusent de l'hémicéphalée et des névralgies frontales et sus-orbitaires pendant plusieurs heures, accompagnées le plus souvent d'un peu de pâleur du visage et d'une expression de souffrance réelle.

Ce que l'on trouve assez souvent, ce sont des troubles digestifs. On observe de l'inappétence, des nausées, des vomissements, rarement alimentaires, plus souvent bilieux, et survenant à plusieurs reprises pendant un jour ou deux, un peu de sensibilité épigastrique.

Les troubles intestinaux sont représentés par de la sensibilité appendiculaire, de la diarrhée, des crises entériformes. On les rencontre en même temps que l'on constate une langue sale, une haleine fétide, surtout chez des femmes dont la crise est compliquée de dysménorrhée habituelle. Ces troubles sont plus rares et plus frustes qu'au moment des règles.

II. — **Les écoulements.**

Il existe une autre manifestation importante, mais plus rare de la crise : ce sont les écoulements ; ils accompagnent généralement la douleur, mais peuvent cependant exister en dehors de toute gêne locale appréciable.

Leucorrhée. — L'écoulement est leucorrhéique ou sanguin.

La leucorrhée est assez difficile à constater et il est possible qu'elle soit plus fréquente que ne le comportent nos observations.

Chez quelques malades, elle présente les caractères de la leucorrhée primitive idiopathique, elle est blanchâtre, peu homogène, d'aspect cailleboté; chez d'autres elle présente nettement l'aspect muco-purulent, symptomatique d'un écoulement en rapport avec une infection utéro-annexielle. Réduite aux proportions d'une leucorrhée simple idiopathique, elle passe souvent inaperçue chez beaucoup de femmes et de jeunes filles, car elle est peu abondante, bien qu'elle subisse une légère recrudescence à l'occasion de la crise comme cela se produit immédiatement avant la menstruation normale. Nos observations d'hôpital ne sont pas indiscutables sur ce point, les observations de ville nous ont été plus précieuses. Quelques-unes ont été recueillies chez des élèves infirmières et sur 16 jeunes filles par une doctoresse, Mme Montreuil Strauss, que nous remercions vivement de son obligeance. 5 de ces jeunes filles présentaient de la leucorrhée à date fixe. Chez une de ces dernières la leucorrhée apparaissait 10 jours après les règles et n'était accompagnée d'aucune douleur, d'aucun malaise.

Qu'il s'agisse de leucorrhée idiopathique ou symptomatique, ce que nous avons rencontré le plus souvent, c'est une augmentation de l'écoulement, chez une femme perdant habituellement et atteinte de lésions génitales plus ou moins accentuées, mais cette forme s'écarte sensiblement de ce que nous recherchons.

Écoulement sanguin. — Plus souvent, c'est un écoulement sanguin que l'on constate, mais la fréquence est toute relative puisqu'il manque dans les deux tiers de nos observations.

Il est assez nettement observé par la femme et il est plus facile de le différencier des autres pertes sanguines qui ne se répètent jamais avec cette régularité, la leucorrhée idiopathique peut passer inaperçue ; il n'en est pas de même d'un écoulement sanguin même minime.

Peu abondant, il est toujours remarqué, même par une femme qui s'observe peu, d'autant plus qu'il existe en général en même temps que la douleur. Toutefois il peut exceptionnellement être la seule manifestation de la crise.

Son abondance est peu variable, presque toujours minime; nous ne l'avons rencontré avec des caractères de perte ou d'hémorragie assez notable que dans un seul cas. La quantité de l'écoulement est définie par les expressions dont les femmes se servent pour le caractériser :

Écoulement ou suintement rosé.

Glaires sanguinolentes.

Écoulement strié de sang.

Écoulement brunâtre.

Termes impliquant tous l'idée d'une perte très modérée n'ayant jamais l'abondance d'une menstruation au-dessous de la moyenne, et que l'on ne peut confondre avec un écoulement de rythme anormal.

Sa durée est de quelques heures à quelques jours; se prolongeant parfois mais rarement jusqu'aux règles, elle

est sensiblement la même que celle de la douleur qui l'accompagne.

L'écoulement sanguin débute en général avec la douleur et son apparition ne paraît avoir aucune influence, sur l'évolution de celle-ci. Il la précède parfois de 2 à 10 jours suivant les femmes et elle peut n'apparaître que lorsqu'il se termine.

Exceptionnellement on rencontre l'écoulement sanguin en dehors de toute douleur, et la crise peut quelquefois se manifester sous cette forme.

L'élément le plus constant de la crise est la douleur. L'écoulement leucorrhéique ou sanguin, tout important qu'il soit, est déjà plus rare.

Périodicité du syndrôme. — Les manifestations intermenstruelles, douleur ou écoulement, existent-elles dès le début de l'activité génitale ou leur apparition est-elle tardive?

Le syndrôme peut en réalité apparaître à des époques très différentes suivant les femmes. Chez les unes il se manifeste dès les premières menstruations, peu de temps après la puberté et dans les mois qui suivent, semblant une manifestation un peu tardive d'une fonction mal établie.

Chez d'autres la douleur apparaît après plusieurs années d'une activité génitale parfaite (ou défectueuse par d'autres points), mais chez des femmes qui, pendant 10, 15 ans ou même davantage, n'avaient jamais présenté aucune manifestation intermenstruelle. Ce mode d'apparition le plus fréquent existe dans environ 3/5 des cas. Son début coexistant souvent avec l'apparition

d'une dysménorrhée secondaire, avec des modifications du type menstruel plus ou moins accentuées, nous amènera à rechercher pourquoi ce syndrôme apparaît tardivement et quelles sont les modifications qui semblent favoriser son apparition.

Ce qui caractérise essentiellement le syndrôme, c'est qu'une fois apparu, il se répétera très règulièrement chaque mois à une date à peu près fixe, non pas seulement pendant plusieurs mois, mais pendant des années; persistant parfois pendant toute la période d'activité génitale. Nous avons vu des femmes présenter la douleur depuis 10 ans ou même davantage avec une périodicité remarquable sur laquelle on ne saurait trop insister, tant elle est importante pour le diagnostic du syndrôme.

A quel moment de l'espace intermenstruel apparaît la douleur ou l'écoulement? Leur apparition est-elle franchement intermenstruelle, ou plus rapprochée du début ou de la fin d'une époque? Elle se fait en général vers le milieu de cet espace, mais à une date qui n'est pas toujours à égale distance de la fin et du début des règles. Nous avons pu constater, en recueillant nos observations, que les femmes rapportaient beaucoup plus souvent leurs douleurs à l'espace prémenstruel qu'à la période qui suit immédiatement la fin de l'écoulement. Cela tient-il à ce que, frappées de la ressemblance de ces douleurs avec celles qui accompagnent les règles, elles les rattachent aux prodromes d'une époque qui se prépare?

Nous avons constaté le maximum de fréquence entre le 15ᵉ et le 10ᵉ jour qui précèdent les règles; la douleur

est très rare, au contraire, dans la période qui les suit. Toutefois il faut signaler que les douleurs intermenstruelles, à la date indiquée, ne sont pas les seules manifestations douloureuses, régulières, liées à la menstruation, mais survenant en dehors d'elle; car, depuis le 10e jour jusqu'à la veille des règles, nous avons rencontré des douleurs que leurs caractères, en dehors de leur date d'apparition, ne permettraient pas de différencier de la crise. En plaçant la douleur dans l'espace prémenstruel, nous observons plus facilement toutes les formes de passage entre la douleur intermenstruelle nette et de durée transitoire, assez souvent accompagnée d'écoulement, et les douleurs continues débutant parfois à la même époque, mais le plus souvent nettement prémenstruelle, et auxquelles l'écoulement sanguin, tout au moins, fait presque toujours défaut. Cette dernière forme fait passer insensiblement à la dysménorrhée débutant la veille ou le premier jour des règles.

Ce mode de calcul nous permet d'éviter toute erreur d'interprétation. Un phénomène qui se passe avant les règles a lieu bien évidemment avant leur début; quelle que soit la tournure donnée à l'interrogatoire, une date suffit, et il n'y a pas à préciser davantage.

Il en est tout autrement si l'on place les douleurs après l'époque précédente; il faut préciser soigneusement si l'on compte après le début ou la fin de la menstruation; ce détail, négligé par la femme ou l'interrogateur, peut conduire à des écarts de date de 5, 6, 8 jours. Si l'on compte à partir du début de la menstruation, la date ne correspond pas à la même date de l'espace libre inter-

menstruel chez une autre femme. Si l'on compte en partant de la fin de la menstruation, la durée de celle-ci intervient pour modifier le résultat et le rendre difficilement comparable à ceux que l'on recueille chez des femmes qui ont des règles d'une durée différente.

De plus, étant donné les théories actuelles sur la menstruation, cette classification rend plus facile la discussion du lien unissant la douleur et la ponte ovulaire.

La date de l'apparition de la douleur est à peu près constante chez une même femme; l'on peut cependant trouver de légères différences de 1 ou 2 jours, d'un mois sur l'autre, rarement plus. Ces variations sont en général peu accentuées, mais elles sont loin d'être exceptionnelles. L'apparition de la douleur ou de l'écoulement ne peut être régie par des lois mathématiques; la crise peut, comme la menstruation régulière et normale, présenter de légers écarts d'un mois sur l'autre.

Cependant une périodicité individuelle à peu près constante est absolument indispensable pour que les troubles, apparaissant au cours de l'espace intermenstruel, puissent être rattachés à la crise.

Si, au lieu de rechercher la périodicité chez la même femme, nous la recherchons dans l'ensemble des observations, nous la trouvons beaucoup plus variable et l'on constate de suite l'impossibilité presque absolue que l'on éprouve à fixer une date précise pour l'apparition de la douleur.

Elle paraît correspondre au septennaire moyen de l'espace intermenstruel, en comptant le temps qui s'écoule entre la fin d'une menstruation et le début de la

suivante. Elle apparaît donc suivant les femmes entre le 15e et le 8e jour qui précède l'écoulement sanguin. On observe d'une femme à l'autre des variations de près d'une semaine, empêchant de préciser, aussi nettement que l'a fait Stapfer, l'apparition de la crise.

Même dans ces limites, la crise est rare, et on ne la rencontre que chez un petit nombre de femmes ; 75 seulement la présentent, parmi les 1521 que nous avons interrogées. Ce résultat nous éloigne sensiblement de la théorie de Stapfer.

Ces 75 observations se rapportent toutes à la crise intermenstruelle telle que la conçoivent les auteurs. Il nous semble cependant qu'une distinction s'impose entre la douleur transitoire, souvent accompagnée par un écoulement, et la douleur débutant vers le milieu de l'espace intermenstruel non plus transitoire, mais continue et se prolongeant même parfois jusque pendant les règles ; le terme de crise ne devrait s'appliquer qu'aux premières.

Cependant la distinction n'existe pas dans les observations et les travaux dont nous avons pris connaissance.

Cette douleur continue est en réalité une forme de transition entre la véritable crise et les douleurs débutant à un moment variable de l'espace prémenstruel. Celles-ci sont de beaucoup les plus fréquentes et nous avons fait les constatations suivantes :

42 femmes présentent une crise transitoire, apparaissant entre le 15e et le 8e jour ;

33 éprouvent des douleurs continues pendant les 15 jours qui précèdent les règles ;

Seule la date de leur début les différencie des douleurs débutant dans la semaine qui précède les règles, et que l'on retrouve chez 290 femmes.

1156 ne présentent aucun trouble dans l'intervalle des règles à quelque moment que ce soit.

Afin de mieux saisir les caractères communs et les caractères différentiels de ces crises, elles ont été groupées en tableaux.

Dans une première division, nous plaçons les douleurs apparues dès la puberté = 30; dans une deuxième les douleurs d'apparition tardive, un peu plus fréquentes, puisqu'elles existent chez 45 femmes. Les douleurs transitoires seront en tête des tableaux. Les douleurs continues viendront ensuite, elles ne comprendront que celles qui débutent à peu près dans les mêmes limites que la crise; c'est arbitrairement que nous les séparerons de celles qui sont plus rapprochées de l'écoulement menstruel et auxquelles on arrive par une transition insensible.

La conclusion qui se dégage de l'examen des faits, c'est que la périodicité ne saurait répondre à des lois générales absolues. La crise apparaît à une époque variable; la crise nette, transitoire, apparaît suivant les femmes du 15e au 8e jour avant les règles, mais jamais à une date plus rapprochée du début de celles-ci. Certaines femmes présentent de légères variations dans la périodicité, variations rares et peu accentuées.

Au contraire, il n'y a même pas cette périodicité relative, si l'on considère les crises continues, que l'on rencontre non plus seulement dans le septennaire moyen

de l'espace intermenstruel mais à toutes les dates de cet espace, à partir du 12e jour.

Ces faits de transition, de beaucoup les plus nombreux, apparaissant encore avec une périodicité individuelle, nous permettent d'écrire que la crise intermenstruelle n'est pas la seule manifestation douloureuse liée aux règles mais survenant en dehors d'elles : elle ne représente que le cinquième de ces douleurs et elle n'existe que chez 1 femme sur 20.

TABLEAUX

I. — **Femmes présentant la crise depuis la puberté.**

Ces observations sont classées en partant de la crise transitoire (celles-ci étant classées en plus d'après leur date d'apparition). Puis dans un autre tableau sont les douleurs continues, commençant le 12e ou 10e jour avant les règles. Ces observations font passer aux douleurs débutant seulement dans le septennaire qui précède les règles.

Age	Puberté.	MENSTRUATION — Durée.	MENSTRUATION — Régulière.	MENSTRUATION — Irrégulière.	Date de l'apparition de la douleur avant les règles.	Durée de la douleur.	Caractères de la douleur.	Écoulements accompagnant la douleur.	Douleurs pendant les règles.	Douleurs après les règles.	Enfants.	OBSERVATIONS
							1. — Douleur transitoire.					
36	15	6	+		15 j.	1 j.	Élancements bilatéraux très pénibles.		Pesanteur 1er jour.		1	Utérus scléreux.
32	14	7 Abondamment.	+		15	2 à 3	Élancements surtout à droite. Coliques.				2	Soignée vers 25 ans pour appendicite et salpingo-ovarite ; douleur augmente avec les années. Rétroflexion secondaire et double annexite.
29	11	1 j. 1/2 très peu.	A peu près.		15	2 à 3 j.	Élancements bilatéraux, céphalée.		1er et 2e j. depuis quelques mois.		2	Tendance à l'accroissement des douleurs depuis quelques années. Dysménorrhée récente. Opérée à 27 ans ; fixation de l'utérus ; ablation de l'ovaire droit scléro-kystique. Obésité 85 kg. pour une taille de 1m. 60. Pas de lésions appréciables actuellement
29	10 1/2	5	Tous les 28 jours.		15	Quelques jours.	Fatigue et nervosité.	Rosé accompagn. la fatigue.				
32	11	1 j. 1/2 à 2	+		15	Quelques jours.	Lancinante à droite.				3	Fille unique. Hérédité suspecte. Menstruation très au-dessous de la moyenne (actuellement métrite).
31	13 1/2	4 à 5 j.	Tous les 26 jours.		15	Quelques jours.	Lassitude.	Brunâtre accompagne la lassitude.				
24	17	8	—	5 à 6 sem.	15	8	Élancements à droite. Douleurs lombaires.				1	Irrégularités et douleurs très augmentées depuis l'accouchement suivi de métrite.
20	13	5	+		15	8	Vive pesanteur.	Leucorrhée.				
29	13 1/2	5	+					Rosé 15 j. avant les règles pendant quelques jours.	Légères douleurs le 1er jour.		1	

Age.	Puberté.	MENSTRUATION Durée.	Régulière.	Irrégulière.	Date de l'apparition de la douleur avant les règles.	Durée de la douleur.	Caractères de la douleur.	Écoulements accompagnant la douleur.	Douleurs pendant les règles.	Douleurs après les règles.	Enfants.	OBSERVATIONS
37	14	8 j.	+					Léger suintement sanguin 15 j. avant pendant quelques j.	Le 3e jour.			Mariée depuis 2 ans. Utérus volumineux, dur, très rétrofléchi.
23	13	4 à 5		6 à 7 sem.	10 à 12 j.	2 à 3 j.	Pesanteur. Douleurs lombaires.		Pesanteur, douleur lombaire.		2	Douleur très augmentée depuis le 1er accouchement; infection gonococcique. Irrégularités menstruelles.
30	16 1/2	5	+		12	Quelques jours mais durée variable.	Elancements bilatéraux.	Suintement ou hémorragie débutant 12 j. avant et persistant jusqu'aux règles.	Habituelles.			Stérilité après 8 ans de mariage. Femme migraineuse; extrémités froides. Poils dispersés sur les bras, l'abdomen, les jambes, rares au pubis. Syndrôme polyglandulaire. L'opération pratiquée la veille des règles montre un gros follicule prêt à se rompre. Règles le lendemain de l'opération.
16	12	4 à 5	+		8	Quelques heures.	Élancements très vifs à gauche.	Léger suintement sanguin pendant quelques heures.	Reparaissent très vives le 1er jour.			Jeune fille dysménorrhéique; nervosité excessive; teint subictérique, cholémique. Etat augmenté par le travail et la réclusion relative.
21	12	4 à 5	+		8	1 jour.	Élancements bilatéraux, céphalée, malaise.		Reparaissent légères les 2 premiers j.			Tuberculose ganglionnaire datant de l'enfance. Tuberculose pulmonaire bilatérale au début.
24	11 1/2	5 à 6 puis 4.	+		8	2	Gêne, pesanteur.					
29	15 1/2	6 à 10	+		8	2	Médianes ou bilatérales modérées.					Rachitisme accentué; taille très au-dessous de la moyenne.
19	11	3 à 4		Tous les 18 jours.	8	6	Coliques; irradiations lombaires.					

Du 15e au 8e jour qui précèdent les règles la crise peut apparaître avec les mêmes caractères passagers, les mêmes localisations, la même intensité.

2. — Douleurs continues débutant 15 à 10 jours avant les règles, conduisant aux douleurs débutant seulement 8, 4, 2, 1 jour avant les règles.

Age.	Puberté.	MENSTRUATION Durée.	Régulière.	Irrégulière.	Date de l'apparition de la douleur avant les règles.	Durée de la douleur.	Caractères de la douleur.	Écoulements accompagnant la douleur.	Douleurs pendant les règles.	Douleurs après les règles.	Enfants.	OBSERVATIONS
25	12	3 à 4	+		15	15	Elancements *mammaires*. Augmentation du volume des seins.					
34	14 1/2	5 à 6		32 jours à 2 mois.	15	15	Pesanteur médiane. Malaises. Nausées.				6	Femme obèse hypothyroïdienne: facies lunaire; extrémités froides.
30	15	8	+		15	15	Douleurs lombaires. Elancements bilatéraux.				2 + 1 fausse couche.	Douleur très augmentée depuis le 1er accouchement. Gros utérus rétrofléchi secondairement. Annexite gauche.
28	16	8		Très irrégulières. Retards variables.	15	Se prolongent pendant les règles.	Elancements bilatéraux. Irradiations lombaires et *mammaires*.		Très augmentées le 1er jour.			Appendicite chronique.
36	16 1/2	5 à 6	+		15	Se prolongent pendant les règles.	Malaise général. Vertiges. Elancements à gauche.		Très vives pendant toute la durée de l'écoulement.		1 fausse couche.	Utérus mal développé. Orifice externe punctiforme. Mauvais tissus. Prolapsus très marqué bien que n'ayant jamais eu d'enfant à terme.
26	11	8	+		15	Prolongées pendant les règles.	Bilatérales, lancinantes, augmentant progressivement.		Très vives le 1er et le 2e jour, puis cessent brusquement.		3 fausses couches.	Appendicite ancienne. Crise aiguë récemment. Brides cloisonnant transversalement le cul-de-sac gauche. Malformation.
41	18	9	+		15	15	Elancements bilatéraux. Douleurs lombaires.					Périmétrite. Vagin court. Malformation.
14	12	5	+		10 à 12	10 à 12	Malaise général.					Troubles en rapport avec des troubles de l'utérus et du foie.
38	14	5 à 10	22 à 25 jours.		10	Se prolongent pendant les règles.	Elancements bilatéraux très vifs.		Persistent le 1er et 2e jour.	Migraines suivant immédiat. les règles.		Stérilité après 17 ans de mariage.

Age.	Puberté.	MENSTRUATION Durée.	Régulière.	Irrégulière.	Date de l'apparition de la douleur avant les règles.	Durée de la douleur.	Caractères de la douleur.	Écoulements accompagnant la douleur.	Douleurs pendant les règles.	Douleurs après les règles.	Enfants.	OBSERVATIONS
34	10	5	+		10	10	Pesanteur.				2	
18 1/2	11 1/2	4	3 semaines					Leucorrhée 10 j. après les règles.				Cette leucorrhée paraît la seule manifestation de la crise et se produit après les règles. Etant donné le rythme menstruel un peu particulier elle correspond environ au milieu de l'espace intermenstruel.
29	13	2	+		8	8	Pesanteur bilatérale. Douleur lombaire.			Reparaît du 8ᵉ au 10ᵉ jour qui suivent.	1	Règles durent à peine 1 jour depuis l'accouchement. Utérus gros, dur, myomateux. Ovarite kystique très vraisemblable.
37	12	6		6 à 7 semaines.	5 à 6	Persiste pendant les règles.	Pesanteur.		Modérée.	Reparaît du 8ᵉ au 10ᵉ jour.		Grande nerveuse, arthritique; teinte subictérique. Phénomènes d'auto-intoxication sans appendicite appréciable.
II. — Crises d'apparition secondaire.												
31	15	8	+					Teinté de sang pendant quelques heures 12 jours avant.	Lombaires débutant la veille.		1 fausse couche.	Douleur et écoulement datant d'une métrite soignée depuis 6 ans.
33	11	2 à 3	Au début.	5 à 6 semaines depuis métrite.	15	Quelques heures.	Malaise général. Elancements à gauche.	Augmentation de la leucorrhée	Très vives à gauche le 1ᵉʳ jour. Vomissements.			Depuis une métrite à 23 ans. Apparition de la douleur intermenstruelle, de la dysménorrhée, des irrégularités. Métrite chronique. Annexite gauche ancienne.
35	Très bien réglée et sans douleurs jusqu'à 30 ans.				15	Quelques heures.	Douleurs bilatérales. Coliques.					La crise est apparue vers 30 ans. A cette époque gros utérus en position droite. Actuellement utérus très scléreux et antéfléchi. Métrite cervicale, légère annexite.
33	12 1/2	4 à 5	+		15	Quelques heures.	Généralisées très vives. Elancements.		Nervosité. Vives douleurs le 1ᵉʳ et 2ᵉ jour.		1	Dysménorrhée datant de la puberté. Crise intermenstruelle apparue depuis un accouchement à 23 ans.
38	11	10	+		15	1 à 2 jours.	Douleurs médianes; irradiations lombo-abdominales.	Leucorrhée.			3 + 1 faus. couche.	Crise coïncide avec l'apparition d'une entérite datant de 6 mois. Gros utérus rétroversé. Métrite.

Age.	Puberté.	MENSTRUATION Durée.	Régulière.	Irrégulière.	Date de l'apparition de la douleur avant les règles.	Durée de la douleur.	Caractères de la douleur.	Écoulements accompagnant la douleur.	Douleurs pendant les règles.	Douleurs après les règles.	Enfants.	OBSERVATIONS
27	13	5 à 6	+		14	2	Pesanteur.	Suintement sanguin.				Apparition de la crise et du suintement sanguin depuis 1 an. Vagin court; périmétrite; rétroflexion en crosse.
42	13	1 à 3	A peu près.		13 à 14	Quelques heures.	Très vifs élancements bilatéraux.	Suintement sanguin.	Très vives le 1er jour étant jeune fille.			Nervosité excessive. A 10 ans maladie nerveuse consécutive à un grave accident. Menstruation au-dessous de la moyenne; dysménorrhée. Depuis quelques années crise intermenstruelle. Utérus infantile, périmétrite à la suite de tentatives de dilatation. Appendicite chronique.
25	13	5	+		13 à 14	Quelques heures.	Endolorissement. Pesanteur médiane.	Suintement sanguin.			1	Accouchement en 1910. A fait consécutivement une métrite avec sécrétion mucopurulente et depuis, à deux reprises, elle a fait des crises aiguës d'annexite avec tuméfaction de l'abdomen, nausées, faisant penser à de l'appendicite. La crise intermenstruelle est apparue depuis 2 mois.
32	15	5	+		12 à 13	2 heures.	Pesanteur bilatérales. Coliques.	Leucorrhée.			3 + 1 fausse couche.	La crise est apparue depuis la fausse couche.
31	13	5	26 à 27		12 à 13	2 jours.	Elancements bilatéraux.				2	Crise apparue depuis le 1er accouchement. Utérus rétrofléchi secondairement. Métrite. Reliquats d'annexite bilatérale.
46	13	4 à 5 Tr. peu depuis quelques années.	+		12	1	Coliques augmentant quand elle est assise.	Léger suintement sanguin.	La veille et le 1er jour.		2	Dysménorrhée depuis la puberté. Crise apparue depuis 6 mois. Gros utérus rétrofléchi, fibromateux. Reliquat d'annexite.
21	14 1/2	3 à 4	+		12	4 à 5	Elancements bilatéraux très vifs survenant par crise, irradiations lombaires.		Très vifs élancements bilatéraux débutant la veille.		1	Crise et dysménorrhée apparues depuis l'accouchement. Annexite gauche.
19	12 1/2	Très bien réglée jusqu'au mariage.			12	4 à 5	Apparition progressive. Douleurs bilatérales très vives.	Suintement sanguin.	Névralgies depuis la puberté.		1 fausse couche.	Crise depuis la fausse couche. Utérus antéversé, antéfléchi. Double annexite.
21	14	8	+					Suintement sanguin 12 j. av. et durant 3 j.				Depuis 3 mois. Ecoulement sanguin intermenstruel. Métrite. Double annexite.

Age.	Puberté.	MENSTRUATION Durée.	Régulière.	Irrégulière.	Date de l'apparition de la douleur avant les règles.	Durée de la douleur.	Caractères de la douleur.	Écoulements accompagnant la douleur.	Douleurs pendant les règles.	Douleurs après les règles.	Enfants.	OBSERVATIONS
40	13	7 à 8	+		12	Quelques heures.	Pesanteur.	Suintement sanguin durant plusieurs jours.	Légères.			Gros utérus rétrofléchi, fibromateux. Crise intermenstruelle apparue depuis quelques mois. L'écoulement augmente par la fatigue.
50	13	Très bien réglée habituellement.			11 à 12	Quelques jours.	Coliques utérines. Névralgies pelviennes.					Douleur apparue à 32 ans après une salpingite en rapport avec une blennorragie du mari. Actuellement salpingite gauche dure, ligneuse, immobilisant l'utérus.
49	11 1/2	5 à 8	+					Ecoulement sanguin 12 j. avant.				Depuis quelques mois. Ecoulement sanguin pendant quelques heures 12 jours avant. Volumineux fibromes. Myocardite.
28	11	7 à 8		3 à 5 semaines.				Ecoulement sanguin 12 j avant pendant quelques heures.	Le 1er jour.		2	Depuis 2 ans. Ecoulement sanguin pendant quelques heures. Salpingo-ovarite gauche.
47	13	5 à 6	+		10 à 12	Quelques heures.	Coliques.	Glaires sanguinolentes.	Coliques le 3e jour.		2	Crise depuis 7 à 8 mois. Gros utérus myomateux.
34	13	5	+		8 à 10	Quelques heures.	Elancements bilatéraux.		Modérées.			Douleur apparue vers 19 ans après le mariage. Opérée en juin 1913 pour un kyste dermoïde du Douglas. Petit kyste sur l'ovaire droit.
28	14	5 à 6	+		10	4 jours.	Vive pesanteur.		Pesanteur.		1	Douleur et dysménorrhée depuis l'accouchement. Rétroflexion.
29	18	8		3 semaines	8 à 10	2 à 3 heures	Très vives coliques.				1	Salpingite à 27 ans. A 28, apparition de la crise. Annexite ancienne.
23	15 1/2	5	25 à 26 jours.		10 à 12-15	Quelques heures.	Pesanteur. Nausées.	Suintement sanguin.	Coliques et pesanteur depuis le mariage.			Utérus mal développé. Appendicite chronique. Douleur et suintement depuis 3 mois.
35	16	9	+		8	Quelques heures.	Nausées. Vomissements. Céphalée. Etourdissements.				6	Appendicite. Phénomènes d'auto-intoxication. Crise datant de 2 ans.

Age.	Puberté.	MENSTRUATION Durée.	 Régulière.	 Irrégulière.	Date de l'apparition de la douleur avant les règles.	Durée de douleur.	Caractère de la douleur.	Écoulements accompagnant la douleur.	Douleurs pendant les règles.	Douleurs après les règles.	Enfants.	OBSERVATIONS
21	12	6	+		8	2 jours.	Légères coliques médianes.				1 fausse couche.	Crise apparue depuis 2 ans. Annexite gauche. Métrite.
28	11	7	Au début.	Depuis quelques semaines.	15	15	Pesanteur. Douleur à droite.		Nausées.			Depuis quelques mois, douleurs pendant les 15 jours qui précèdent les règles. Nausées pendant les règles. Vagin court. Petit utérus antéfléchi. Appendicite chronique.
31	15 1/2	5	+		15	15	Élancements bilatéraux survenant par crises.	Leucorrhée.			2 + 1 fausse couche.	Crise depuis le 1er accouchement. Annexite gonococcique.
31	14	8	+		10 à 12	10 à 12; augmentent jusqu'aux règles.	Pesanteur. Tiraillements prédominant à gauche. Douleurs lombaires.	Leucorrhée.				Douleur depuis 1 an. Utérus mal développé, antéfléchi en crosse.
26	14	5 à 6	+		11	11	Élancements bilatéraux. Douleurs lombaires.				4	Douleur depuis le dernier accouchement. Annexite.
36	14	4 à 5		Quelques irrégularités.	10	10	Bilatérales. Lancinantes.		Jusqu'à 26 ans.			Douleurs depuis quelques années. Pertes abondantes. Syndrôme polyglandulaire; rien d'appréciable aux annexes.
26	14	2 à 3	+		10	Jusqu'aux règles et se prolongent encore.	Douleurs généralisées.		1er 2e jours Douleurs. Nausées.			Douleur et dysménorrhée depuis quelques années; phénomènes de cystite. Colite colibacillaire. Ovarite chronique.
42	12	6	+	Peu et irrégulièrement depuis quelques années.	10	10	Élancements bilatéraux. Pesanteur.		1er jour.		2	Douleurs depuis quelques années. Digestions pénibles et nausées. Névralgies. Appendicite chronique. Métrite légère. Annexite.
21	12	4 à 8	+		Progressivement 4-8 av.; actuellement 10 j. avant.	Persiste pendant les règles.	Élancements bilatéraux.		Les 3 premiers jours.			Douleur apparue vers 18 ans. D'abord 1 à 2 jours avant puis 4 à 8. Actuellement 10 jours avant. Appendicite chronique. Double ovarite scléro-kystique opérée par J.-L. Faure en mai 1912. Appendicectomie et résection des deux tiers de l'ovaire droit et de un tiers de l'ovaire gauche. Amélioration, mais 8 mois plus tard recommence à souffrir. Etat digestif amélioré.

Age.	Puberté.	MENSTRUATION Durée.	Régulière.	Irrégulière.	Date de l'apparition de la douleur avant les règles.	Durée de la douleur.	Caractères de la douleur.	Écoulements accompagnant la douleur.	Douleurs pendant les règles.	Douleurs après les règles.	Enfants.	OBSERVATIONS
36	16	4 à 5	A peu près.		10	Persiste pendant les règles.	Élancements bilatéraux. Irradiations lombaires. Violentes migraines.	Leucorrhée augmentée	Coliques habituelles depuis puberté.		1	Depuis 4 ans douleurs très vives pendant les 10 jours qui précèdent. Femme ayant toujours été dysménorrhéique. Annexite gauche ancienne.
35	14 1/2	5	25 jours.		10	10	Élancements bilatéraux.				1	Douleur apparue depuis 2 ans. Souffre habituellement depuis l'accouchement. Reliquat d'annexite prédominant à gauche. Utérus abaissé.
24	13 1/2	2 à 3	+		8 à 15	8 à 15	Bilatérales; prédominent à droite; augmentées par la marche.				2 +3 fausses couches.	Douleur depuis la dernière fausse couche. Digestions pénibles; nausées. Ovarite.
27	11 1/2	8		3 à 4 semaines.	8 à 15	Se prolonge pendant les règles.	Élancements bilatéraux. Douleurs dans les seins.		Coliques le 1er jour.			Douleur apparue en même temps que des irrégularités menstruelles vers 16 ans. Petit utérus très antéfléchi, mal développé. Métrite gonococcique.
37	16	3 à 8		Très irrégulière	8 à 10	8 à 10	Pesanteur. Élancements bilatéraux.				1	Douleur apparue après l'accouchement. Utérus très antéfléchi, appuyant sur la vessie.
33	12	5 à 6	+		8 à 10	8 à 10	Pesanteur.		Élancements très vifs. Migraines.		2	Depuis quelques années douleur et dysménorrhée. Phénomènes de congestion utéro-ovarienne. Hypothyroïdie légère.
17	13	4 10 depuis accouchement.	Au début.	3 à 5 semaines depuis l'accouchement.	8 à 10	8 à 10 cessant brusquement à l'apparition des règles.	Élancements bilatéraux survenant par crise; douleurs lombaires.				1	Douleurs et irrégularités menstruelles et prolongation des règles. Depuis l'accouchement gros utérus rétrodévié secondairement.
27	11	10 à 15		6 semaines à 2 mois.	8 à 10	8 à 10	Élancements bilatéraux; s'alitait.					Douleur apparue depuis 3 à 4 ans. Appendicite chronique. Bartholinite ancienne. Annexite gauche. Métrite.
							Douleurs débutant dans	*l'espace postmenstruel.*				
29	10 1/2	4 à 5 puis 8.	+						A toujours éprouvé de vifs élancements le 1er jour.	T. vives le 10e jour après la fin pendant quelques heures.	1	Douleurs très vives 10 jours après les règles et datant de l'apparition de troubles digestifs depuis quelques années.

Age.	Puberté.	MENSTRUATION			Date de l'apparition de la douleur avant les règles.	Durée de la douleur.	Caractères de la douleur.	Écoulements accompagnant la douleur.	Douleurs pendant les règles.	Douleurs après les règles.	Enfants.	OBSERVATIONS
		Durée.	Régulière.	Irrégulière.								
28	13 1/2	3 à 4	+						Le dernier jour. Pesanteur. Coliques.	Dure pendant 8 à 10 jours.	1 fausse couche.	Depuis le mariage douleurs débutant le dernier jour des règles. Métrite gonococcique.
37	13 1/2	5	3 semaines					Écoulement sanguin le 8ᵉ jour après la fin des règles.	1ᵉʳ jour.	Le 8ᵉ jour pesanteur. Coliques.		Opérée à 35 ans par Labey pour une grossesse extra-utérine au 3ᵉ mois. Depuis douleurs et pertes. Légère métrite.
30	12	5		3 semaines à 2 mois.				Suintement sanguin 12 à 15 après la fin des règles et durant 5 j.		Pesanteur accompagnant l'écoulement.	1	Accouchement à 29 ans, forceps. Allaitement pendant 6 mois. Depuis la menstruation est toujours aussi irrégulière mais la femme éprouve pendant 5 jours une crise avec phénomènes de congestion comme pour une menstruation normale.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

La *crise intermenstruelle* est généralement facile à reconnaître. Son apparition périodique, régulière, en quelque sorte rythmée, son analogie avec les phénomènes qui précèdent ou accompagnent la menstruation, sont suffisamment caractéristiques pour ne laisser aucun doute dans l'esprit.

Les coliques hépatiques, néphrétiques, ne sauraient être confondues avec elle, car elles n'ont pas le même siège, et lorsqu'elles donnent lieu à des douleurs diffuses, généralisées à une moitié ou à la totalité de l'abdomen, elles présentent toujours une prédominance marquée dans les régions sus-ombilicales au voisinage des hypocondres. Habituellement accidentelles, plus ou moins prolongées, elles n'ont rien de la régularité des crises liées au fonctionnement de l'appareil génital.

Les douleurs qui accompagnent les ptoses viscérales et en particulier les néphroptoses sont quelquefois plus

trompeuses à cause des recrudescences marquées qu'elles présentent avant la menstruation. Les varices pelviennes, les troubles de la circulation utéro-ovarienne sont, en effet, des complications fréquentes des ptoses viscérales ; il en résulte des malaises qui se reproduisent avec une intensité toute particulière dans les périodes prémenstruelles. La notion des ptoses existantes permettra de rejeter au second plan les accidents génitaux.

Le mal de Pott lombaire donne lieu à des névralgies intenses, tenaces, rebelles, longtemps avant que l'on puisse constater des altérations de la colonne vertébrale. Les phénomènes douloureux font incriminer à tort l'appareil génital, mais leur caractère à peu près continu, avec des recrudescences irrégulières dépourvues de toute périodicité, ne permet pas de songer sérieusement à une crise intermenstruelle.

C'est du côté de l'intestin que l'on rencontre les causes d'erreur les plus fréquentes.

Nombre de femmes atteintes d'entérite chronique éprouvent des malaises plus accentués au voisinage des règles et de préférence dans la période prémenstruelle. Au tympanisme, à la tension douloureuse de l'abdomen s'ajoutent des souffrances pelviennes, des sensations de tension, de pesanteur, liées à la congestion physiologique de l'appareil génital. La prédominance de la douleur vers l'hypogastre et à la partie inférieure des fosses iliaques est de nature à exagérer l'importance des réactions génitales. La constatation de selles glaireuses, de troubles digestifs permettra de rattacher les accidents à leur véritable cause.

Mais c'est surtout l'appendicite chronique qui occasionne les erreurs les plus fréquentes.

La sensibilité permanente de l'appendice malade présente de temps à autre des recrudescences sous l'influence d'écarts de régime, de fatigues, ou même sans cause nettement définie.

Très souvent les douleurs appendiculaires augmentent dans la période prémenstruelle, et chez les malades dysménorrhéiques, il est à peu près de règle que de petites crises subaiguës d'appendicite apparaissent au moment du molimen menstruel.

Or la même influence se fait sentir au cours du syndrôme intermenstruel ; aussi est-il parfois difficile de faire la part exacte de l'intestin et celle de l'appareil génital dans les phénomènes douloureux que l'on observe.

Si les accidents ovariens se manifestent exclusivement, ou tout au moins d'une manière prédominante du côté gauche, on inclinera nettement vers la crise génitale, mais si la douleur siège du côté droit, on pourra quelquefois hésiter longtemps avant de préciser le diagnostic. On observe dans les deux cas le même état nauséeux, les mêmes élancements sous forme de brûlure, la même sensation de pesanteur vers la partie inférieure de l'abdomen avec gêne dans la marche, et dans certains cas, la même claudication du membre inférieur droit.

La douleur spontanée ou provoquée par la pression est souvent diffuse ; elle s'étend à toute la fosse iliaque et elle échappe à tout essai de localisation précise par la palpation de l'abdomen. C'est plutôt sur le toucher

vaginal et sur le toucher rectal qu'il faudra compter pour dépister l'exquise sensibilité de l'ovaire, qui permet d'affirmer la prépondérance des accidents génitaux. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que l'on rencontre très fréquemment le syndrôme intermenstruel chez les femmes atteintes d'appendicite chronique. Le docteur A. Siredey appelle souvent l'attention sur les désordres utéro-ovariens qui succèdent chez beaucoup de femmes aux altérations de l'appendice, et que l'on voit disparaître plus d'une fois après l'ablation de cet organe.

L'apparition périodique des malaises, le calme complet qui les suivra permettront de distinguer la crise intermenstruelle des douleurs pelviennes occasionnées par une affection génitale *en évolution*. Dans les formes chroniques, les salpingo-ovarites ne donnent lieu qu'à des accidents assez frustes qui peuvent passer inaperçus. Certaines femmes ne font pas cas des sensations de lourdeur, de gêne qui résument parfois tous les symptômes de ces troubles pelviens, et elles ne s'en préoccupent que lors des exacerbations qui précèdent l'époque menstruelle. Elles attribuent ainsi aux douleurs un caractère intermittent qui pourrait induire en erreur. Il suffit d'un examen local pour révéler l'existence de lésions plus ou moins importantes dont la sensibilité est facilement mise en évidence par un examen local dans l'intervalle des crises.

Dans le véritable syndrôme intermenstruel, les lésions sont rudimentaires; elles se résument à de simples poussées congestives. Ce sont presque toujours des

phénomènes subjectifs qui prédominent en pareil cas.

Cependant, comme on le verra plus loin, il s'en faut que la crise intermenstruelle soit absolument indépendante de lésions de l'appareil génital.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'étiologie et la pathogénie de la *crise intermenstruelle* sont encore assez mal connues.

Les faits qui viennent d'être rapportés concordent avec ceux qui ont été décrits par de nombreux auteurs pour démontrer l'existence incontestable d'une *crise intermenstruelle périodique*, plus ou moins caractérisée. Son rythme régulier, sa persistance pendant toute la durée, ou tout au moins, pendant une grande partie de l'activité génitale la rattachent manifestement à *l'ovulation* comme l'ont pensé d'ailleurs tous ceux qui ont étudié ce syndrôme.

S'agit-il d'un phénomème *physiologique*, *normal* comme l'ont pensé un certain nombre d'auteurs et comme l'a soutenu, il y a quelques années, Stapfer avec une conviction entraînante?

Nos observations ne viennent guère à l'appui de cette interprétation. Stapfer trouve dans les travaux

récents et en particulier dans la thèse de Villemin des arguments pour affirmer que la crise correspond à la ponte ovulaire. L'excrétion de l'ovule précéderait chez toutes les femmes la menstruation de 12 jours environ. On devrait donc, chez toutes, rencontrer à cette date le *syndrôme intermenstruel*, et celui-ci serait un phénomène normal et constant.

Cette théorie est séduisante, elle fournirait assurément la meilleure explication de la *crise*, si celle-ci se retrouvait même à l'état d'ébauche, sous la forme la plus rudimentaire, chez *tous les sujets normaux*, *sans exception* : or il n'en est pas ainsi.

Les faits cliniques ne semblent guère en faveur d'une interprétation purement *physiologique* du *syndrôme intermenstruel*.

Après avoir interrogé consciencieusement, sans aucun parti pris, 1521 femmes, nous avons fait les constatations suivantes :

Cette crise intermenstruelle existe incontestablement chez certaines femmes; elle se caractérise par des douleurs très nettes, accompagnées ou non d'un écoulement. Elle peut être transitoire, fugace, ou se prolonger jusqu'aux règles et cette longue durée rend déjà son origine très discutable. Mais c'est un phénomène qui est loin d'être constant : sa rareté relative autant que ses caractères ne permettent pas de le considérer comme un processus normal, commun à toutes les femmes.

Chez 365 femmes, nous avons observé des douleurs dans l'intervalle des règles; mais, chez 75 seulement, l'apparition des malaises entre le 15e et le 10e jour

avant le début de la menstruation permettait de les rattacher au véritable syndrôme intermenstruel, tel que nous l'avons exprimé. Chez 290, des phénomènes douloureux, plus ou moins accentués, existaient à divers moments dans l'intervalle des règles, soit immédiatement avant, soit immédiatement après la menstruation, sans régularité, sans aucun rythme bien déterminé. Enfin, chez 1156 femmes, constituant, par conséquent, l'immense majorité des sujets soumis à notre observation, nous n'avons relevé *aucune manifestation, même fruste*, que l'on puisse rattacher sous une forme quelconque au syndrôme intermenstruel.

Si, au lieu d'interroger surtout des femmes atteintes d'affections génitales, ou d'autres malades, nous avions porté nos investigations sur des femmes saines en nombre égal, nous sommes persuadés que la crise aurait été constatée plus rarement encore et que nous n'atteindrions même pas cette proportion de 5 p. 100. D'ailleurs, nous ne l'avons pas rencontrée une seule fois sous la forme la plus atténuée chez une jeune fille ou chez une femme saine, bien portante, indemne de tout accident pathologique. Aucune parmi les 120 femmes bien portantes interrogées ne présentait de douleur, d'écoulement, ni même ces troubles moins définis tels que : sensations de fatigue, tristesse, nervosité, ni tout cet ensemble que certains auteurs considèrent comme faisant partie du syndrôme intermenstruel qu'ils suffiraient parfois à caractériser. Si nous n'avons pas rencontré le syndrôme chez ces femmes, nous n'affirmerons pas cependant qu'il ne puisse pas exister à l'état

physiologique, mais nous sommes persuadés qu'il est tout au moins fort rare.

Tout plaide d'ailleurs en faveur d'un phénomène pathologique : son absence chez la femme saine et son caractère douloureux. La douleur n'appartient réellement pas à un processus physiologique. Chaque fois qu'elle existe, elle doit faire soupçonner quelque altération méconnue. Même en admettant qu'elle soit hors de proportions avec les lésions qui la provoquent, toute douleur a une signification pathologique. L'intensité qu'elle rêvet parfois, sa localisation utérine ou annexielle, rappellent certaines formes de dysménorrhée ou certains symptômes observés au cours d'affections locales et montrent encore son origine pathologique.

Nous n'avons observé le *syndrôme que chez des malades* ayant pour la plupart un *passé génital.* Les conditions d'âge, de profession, ne semblent jouer aucun rôle dans sa production, car il apparaît soit dès la puberté, soit au cours de l'activité génitale, soit à l'approche de la ménopause.

Que le syndrôme date de la puberté et des premières menstruations, ou qu'il apparaisse tardivement après plusieurs années pendant lesquelles la femme n'en a présenté aucune manifestation, les conditions qui paraissent l'influencer ne sont pas très différentes.

L'examen local a toujours été pratiqué; il a été complété par un examen général lorsque celui-ci a paru nécessaire; il nous a permis de constater, chez la plupart des femmes, des lésions génitales souvent très nettes, de constatation facile : en général des altérations ovariennes;

quelquefois les altérations des organes paraissent minimes, mais il existe toujours une sensibilité anormale et parfois une tuméfaction notable des annexes. Pratiqué à une date éloignée de la puberté, il nous a souvent révélé l'existence de troubles antérieurs dystrophiques, indépendants de l'infection pour laquelle la femme venait consulter. A défaut de lésions appréciables, ces femmes présentaient, du moins, des troubles fonctionnels caractéristiques : irrégularités menstruelles, dysménorrhée en rapport avec un développement défectueux, avec une dystrophie primitive ou secondaire de l'appareil génital.

Les troubles fonctionnels sont à peu près de règle chez les femmes qui présentent la crise. Ils sont constants lorsque celle-ci date de la puberté, et la menstruation est le plus souvent anormale.

La première menstruation est parfois apparue à un âge notablement écarté de l'âge moyen. Tantôt c'est une puberté précoce apparaissant entre 9 et 11 ans, tantôt c'est une puberté tardive apparaissant entre 15 et 18 ans.

La dysménorrhée est fréquente ; elle se présente sous forme de douleurs plus ou moins intenses, surtout vives les premiers jours de l'écoulement sanguin, douleurs ayant les mêmes caractères que celles qui accompagnent la crise, qu'elles reproduisent ou continuent suivant qu'il y a eu disparition ou prolongation des douleurs dans l'intervalle.

Le rythme peut être anormal : chez quelques femmes il est trop fréquent, se reproduisant tous les 18 à

22 jours; chez d'autres il est trop espacé, les intervalles étant de 3 à 5 ou 6 semaines ou même davantage ; chez d'autres il peut n'exister aucun rythme, la menstruation revenant avec la plus grande irrégularité à intervalles variant de 2 semaines à 1, 2, 3 mois, rendant impossible toute fixation, même approximative, de la date des prochaines règles.

La durée et l'abondance de l'écoulement laissent également à désirer; chez quelques femmes il dure à peine 1 à 2 jours, chez d'autres il est anormalement prolongé pendant 8, 10 jours ou même davantage. L'abondance varie depuis le simple suintement jusqu'à la perte véritable, obligeant parfois la femme à s'aliter.

Ces troubles sont le plus souvent combinés, mais la présence d'un seul suffit pour caractériser un fonctionnement glandulaire défectueux.

Chez quelques femmes il est possible de retrouver un véritable syndrôme polyglandulaire.

Les unes sont des obèses précoces, telle cette femme de 27 ans qui pèse 85 kilos pour une taille de 1 m. 60; des migraineuses, dont les extrémités sont froides, les téguments marbrés et l'embonpoint un peu excessif, toujours caractéristique. Les anomalies du système pileux sont fréquentes ; c'est l'hypertrichose que l'on rencontre le plus souvent : elle existe sur les bras, les jambes, la paroi abdominale, le visage.

Ces troubles accompagnent très nettement la crise; dans nombre de cas, ils peuvent comme elle dater de la puberté, et il semble donc qu'il existe un lien entre ces troubles et la crise intermédiaire. Ce qui contribue à

nous confirmer dans cette opinion, c'est que dans le cas d'apparition tardive du syndrôme son début coïncide très souvent avec l'altération du type menstruel. Une femme, habituellement bien réglée et sans aucune manifestation intermédiaire, verra celle-ci apparaître, en même temps que des irrégularités et de la dysménorrhée, sous l'influence d'un trouble local ou général.

Nous invoquons le rôle de la dystrophie, primitive chez les femmes qui ont toujours présenté le syndrôme, secondaire chez les autres et le plus souvent d'origine infectieuse; cette dystrophie peut être provoquée par l'infection ou simplement aggravée par elle.

Parmi les conditions qui semblent déterminer la crise et indépendamment de l'infection génitale, nous trouvons avec fréquence des troubles de l'état général. Lorsque ces troubles existent avant la puberté, l'apparition de la crise peut se faire dès les premières menstruations. D'autre part la crise débute fréquemment à la suite de troubles de la santé générale, quel que soit l'âge de la femme. Ces accidents, que nous allons passer en revue, s'accompagnent des troubles fonctionnels que nous avons cités.

Nous nous bornons à citer ceux que nous avons constatés.

Nous avons pu relever la présence d'une tuberculose ganglionnaire datant de l'enfance et de rachitisme dans deux cas de crise apparue dès la puberté.

Les troubles digestifs sont ceux que nous rencontrons avec la plus grande fréquence. Une très large place doit être réservée aux altérations appendiculaires.

Il s'agit le plus souvent d'appendicite chronique au début de laquelle il est difficile de remonter avec certitude ; cependant lorsqu'on en constate les signes, lorsque la femme accuse des troubles menstruels et intermenstruels, il est très vraisemblable que la lésion appendiculaire est antérieure ou tout au moins aura à peu près coïncidé avec leur apparition. Parfois une crise aiguë facilitera le diagnostic, à moins qu'elle ne l'égare vers la recherche d'une lésion annexielle.

Les troubles hépatiques sont fréquents. Nous avons constaté la crise intermenstruelle chez une jeune fille habituellement cholémique et subictérique. Les coliques hépatiques, l'abaissement du foie, son augmentation de volume ne sont pas rares chez les femmes présentant la crise.

D'autres troubles gastro-intestinaux se rencontrent encore ; ils sont fréquents, sous la forme de troubles gastriques atténués, de digestions pénibles, d'entérite ; chez quelques femmes on ne constatera que la présence d'une langue sale, d'une constipation plus ou moins intense et de petits signes d'auto-intoxication.

Et nous insistons encore sur la date d'apparition de ces troubles qui coïncidera très souvent avec celle de la crise intermenstruelle.

Ce syndrôme, lorsqu'il survient tardivement et qu'il ne semble pas lié à un trouble de la santé générale, est toujours lié à des altérations locales, le plus souvent à la sclérose, avec ou sans dégénérescence kystique, des ovaires. Ces lésions ne relèvent pas toujours d'une infection génitale.

Nous les avons vues coïncider avec la sclérose utérine ou avec le développement de myomes. S'il paraît rationnel de considérer la dégénérescence scléreuse simultanée de l'utérus et des ovaires comme étant l'expression commune d'une dystrophie analogue à celle que l'on observe du côté de différents viscères, mais dont la cause, ici, nous échappe parce que cette évolution ne s'explique ni par là sénilité ni par des influences toxiques ou infectieuses, il est bien difficile de se rendre compte des rapports qui peuvent exister entre les ovaires scléreux et l'utérus myomateux, dont l'association se rencontre si souvent en clinique. Quoi qu'il en soit, nous y trouvons pour le cas qui nous occupe, l'explication du syndrome intermenstruel dans ces conditions.

Le plus souvent c'est l'infection qui entre en ligne de compte; l'histoire de la plupart des femmes que nous avons observées est très nette et nous révèle l'existence d'affections génitales antérieures ayant abouti à des salpingo-ovarites.

Le syndrôme peut apparaître à la suite d'un accouchement, d'un avortement sans s'être jamais révélé antérieurement. On ne peut invoquer l'influence de la gravidité, mais celle de l'infection dont l'accouchement aura peut-être été le point de départ; infection peu intense, légère et dont nous ne constatons plus aucun signe lorsque nous voyons la femme à une date éloignée, ou au contraire plus intense, et laissant des lésions que nous retrouvons à une date éloignée.

Nous avons une observation très démonstrative à ce point de vue, c'est l'observation d'une femme

particulièrement au courant des questions médicales.

30 ans, réglée à 12 ans, toujours irrégulièrement, à des intervalles variant de 3 à 8 semaines. Depuis un accouchement pénible, terminé par une application de forceps, elle présente pendant 5 jours, 12 à 15 jours après la fin des règles, un léger écoulement sanguin, avec phénomènes de pesanteur. Cette femme a nourri 6 mois, et c'est dès la première menstruation qui a suivi le sevrage que ce trouble est apparu.

Il semble qu'il s'agisse dans cette observation d'une dystrophie antérieure accrue par la grossesse, l'allaitement et une légère infection possible au cours d'un accouchement dystocique.

D'autres fois l'apparition de la crise date nettement d'une infection sans aucune dystrophie antérieure. Très souvent, en effet, elle coïncide avec une leucorrhée nettement infectieuse, gonococcique le plus souvent. Elle date d'une métrite, d'une annexite et elle peut apparaître dès le début de ces affections ou un peu plus tardivement dans les mois qui suivent. La concordance entre l'apparition de ces lésions infectieuses et celle de la crise est parfois remarquable. Nous avons de nombreuses observations démonstratives de ce fait. Nous en citons particulièrement une, car c'est celle d'une femme très intelligente et instruite; elle nous fournit un renseignement précis dont l'authenticité ne nous paraît pas discutable. Crise 12 jours avant les règles dont l'apparition, affirme la malade, date d'une salpingite en rapport avec une infection gonococcique du mari; l'examen fait constater une grosse masse ligneuse immobilisant l'utérus.

Nous avons indiqué que l'examen local nous avait le

plus souvent permis de constater des lésions appréciables, même lorsque le syndrôme datait de la puberté et paraissait indépendant de toute lésion infectieuse locale.

Chez les femmes qui présentent la crise après une infection, nous avons fait les diagnostics suivants : Métrites. Gros utérus abaissés et rétrofléchis secondairement. Annexites, uni ou bilatérales, à l'état de reliquat ou en pleine évolution. Ovarites.

Chez d'autres nous avons trouvé des fibromes ou de la sclérose utérine.

Lorsque la crise est primitive elle dépend souvent de lésions génitales antérieures que l'examen peut déceler, et que l'on arrive à distinguer des lésions infectieuses souvent surajoutées. La cause de ces troubles peut quelquefois être retrouvée. C'est généralement une maladie infectieuse, aiguë ou chronique, ou des altérations peu intenses de la santé générale. A l'examen il n'est pas rare de constater de véritables malformations telles que brièveté anormale du vagin, brides congénitales, utérus mal développé, petit, antéfléchi ou rétrofléchi congénitalement en crosse, col long, orifice sténosé, punctiforme. Il est facile de les constater et ces malformations dépendent toujours d'une altération ovarienne plus difficile à saisir, car elle est souvent masquée par une infection secondaire. Cependant il est possible de constater chez plusieurs de ces femmes et même chez des jeunes filles la présence d'ovaires scléro-kystiques.

Nous pensons que la crise dépend de lésions utéro-

annexielles ; la lésion utérine n'est pas la plus importante, mais elle est souvent le point de départ de l'altération ovarienne qui vient compliquer l'infection primitivement localisée à l'utérus. Elle est toujours subordonnée à l'altération ovarienne dans les cas de malformation congénitale. Et la crise nous paraît liée à une dystrophie primitive ou secondaire.

C'est du reste ce qu'on retrouve dans les faits analogues publiés par divers auteurs.

Les règles surnuméraires signalées par Brierre de Boismont, Négrier, Depaul et Guéniot, Fasbender, Martineau, ne semblent dépendre en réalité que d'un rythme anormal lié à une dystrophie. Ces auteurs admettent l'hypothèse d'un hyperfonctionnement ovarien et d'une ponte supplémentaire en dehors de toute influence pathologique. Il nous semble plutôt sous la dépendance d'une altération ovarienne, car il s'accompagne toujours d'autres troubles et nous n'avons, pendant ces 18 mois d'externat, rencontré aucune femme réellement réglée 24 fois par an, sans troubles ni douleurs.

L'influence des lésions de l'appareil génital, surtout des lésions utéro-annexielles, est admise par Tilt, Priestley, Courty, Bouilly, Campenon.

Bouilly admet que la congestion se traduit du côté de l'ovaire par la douleur, elle agit par voie réflexe sur la circulation vaso-motrice de l'utérus, déterminant ainsi l'écoulement séreux, muqueux ou sanguin.

Cependant, d'après Campenon, il est indispensable, pour que l'écoulement sanguin se produise, que la muqueuse soit malade et il est lié à une endométrite.

La plupart des observations que nous avons lues indiquaient la présence de lésions; métrite, salpingite, ovarite scléro-kystique. Lésions toujours constatées en dehors de toute interprétation et sans aucune idée préconçue...

Nous avons dans quelques cas fait la constatation anatomo-pathologique des lésions dont nous affirmons le rôle prépondérant dans l'apparition du syndrôme.

Quelques opérations chirurgicales nous les ont montrées :

1° Chez une dystrophique obèse présentant la crise intermenstruelle depuis la puberté et n'ayant aucune infection apparente : on enlève un ovaire droit scléro-kystique.

2° Chez une femme de 33 ans qui présente depuis le mariage, à 19 ans, une crise intermenstruelle : on intervient pour un fibrome présumé, mais l'on trouve un kyste dermoïde adhérent à la face postérieure de l'utérus et un ovaire droit scléro-kystique.

3° Crise intermenstruelle apparue vers 18 ans : on diagnostique une double ovarite scléro-kystique et de l'appendicite chronique. A 20 ans, opération par J.-L. Faure.

Appendicectomie. Résection des deux tiers de l'ovaire droit et du tiers de l'ovaire gauche. Amélioration consécutive.

Forgue et Massabuau ont publié 23 observations anatomo-pathologiques, histologiques et macroscopiques d'ovarites scléro-kystiques et plusieurs de ces malades présentaient la crise intermenstruelle. Ces altérations

ne dépendaient d'une infection que dans un tiers des cas ;

7 cas d'ovarite scléro-kystique semblaient indépendants de tout processus infectieux avéré ;

8 cas d'ovarite scléro-kystique coïncidaient avec des lésions inflammatoires de l'utérus, des trompes, du péritoine pelvien ;

4 cas d'ovarite scléro-kystique coïncidaient avec de l'appendicite ;

3 cas d'ovarite scléro-kystique coïncidaient avec des fibromes.

Les constatations cliniques que nous avons faites trouvent donc une justification anatomo-pathologique précieuse dans le travail de Forgue et Massabuau, et nous sommes autorisés à considérer la crise comme une manifestation de lésions ovariennes, antérieures à la puberté, ou acquises.

De même que la douleur intermenstruelle, l'ovarite scléro-kystique est plus fréquente à gauche.

Les altérations sont les suivantes :

L'ovaire est dur, sa surface irrégulière présente des petits kystes en nombre variable et de volumes très différents. Sa vascularisation n'est pas toujours accrue, cependant la section permet de constater qu'elle est en général excessive, surtout au niveau du hile. Ces kystes sont formés les uns aux dépens des follicules de Graaf : ce sont les kystes folliculaires ; les autres aux dépens du corps jaune : ce sont les kystes lutéiniques. La paroi des premiers est constituée au début par la membrane granuleuse, qui s'amincit à mesure que le kyste se développe et se réduit à une mince membrane con-

jonctive. L'ovule disparaît dans les kystes volumineux et on le retrouve toujours altéré dans les petits kystes au milieu du cumulu proligères. Forgue et Massabuau signalent que le nombre des ovules en voie d'accroissement est très augmenté, mais qu'ils sont altérés de bonne heure; ils perdent leur tache germinative, la membrane vitelline et l'épithélium folliculaire est dégénéré.

Les kystes lutéiniques ont une paroi très épaissie et festonnée. La thèque interne s'épaissit par hypertrophie de ses éléments cellulaires, qui deviennent les cellules lutéiniques de la thèque, les cellules interstitielles de l'ovaire ou faux corps jaune (Robin).

Ces kystes sont entourés de tissu fibreux dense, pénétrant dans le stroma de l'ovaire : véritable sclérose diffuse prédominant dans la région corticale. Dans des cas récents ces lésions du stroma sont représentées par une sorte d'œdème.

Si nous recherchons l'influence de l'ovulation sur l'apparition du syndrôme, nous pouvons établir que celui-ci ne dépend pas d'une ovulation normale, car nous le trouvons chez des femmes dont les ovaires sont profondément altérés et chez lesquelles l'ovulation est toujours défectueuse. Il manque dans l'immense majorité des cas et n'existe jamais chez la femme dont l'ovulation n'est pas troublée.

Il est difficile d'interpréter le rôle exact de la menstruation sur l'apparition de la crise, il faut reconnaître que la physiologie menstruelle est encore incomplètement connue.

Avant les travaux de la physiologie et de l'histologie contemporaines, divers auteurs avaient constaté en majorité la présence de follicules prêts à se rompre, ou fraîchement rompus au moment des règles et c'est sur ces observations que Coste et Raciborsky se basaient pour admettre la dépendance entre les deux phénomènes.

Actuellement les travaux récents de laboratoire fixent uniformément la ponte 12 jours avant les règles chez toutes les femmes. Si certains faits de Villemin montrent la dissociation de la ponte ovulaire et de la menstruation chez la femme, d'autres faits prouvent que cette dissociation n'est pas absolument constante.

Pour Faure et Siredey les opérations et autopsies pratiquées au voisinage immédiat des règles font constater le plus souvent la présence d'un follicule fraîchement rompu ou en éminence de rupture.

La ponte et le début de l'écoulement sont à peu près synchrones mais il peut exister des variations individuelles très marquées.

Quelques opérations que nous avons pu suivre en connaissant la date exacte des règles nous ont fourni les faits suivants :

Observation I. — Mme L..., 35 ans.

Réglée à 14 ans, toujours bien réglée. 4 enfants. Depuis le dernier accouchement rétroflexion avec phénomènes de pesanteur.

D. R. 20 au 27 avril.

Opérée le 19 mai 1914 : Ovaires sains. Corps jaune très développé sur l'ovaire droit, pas de traces de follicule. Les règles apparaissent le lendemain de l'opération.

Obs. II. — Mme S..., 34 ans.

Réglée à 14 ans, toujours bien réglée.

Soignée à 32 ans pour une maladie de Basedow.

S'est aperçue depuis 6 mois d'une augmentation de volume progressive de l'abdomen, sans aucun autre trouble.

Volumineux fibromes nécessitant une intervention.

D. R., 20 avril.

Opérée le 13 mai, 7 jours environ avant l'époque présumée des règles. Volumineux fibromes. Ovaires légèrement kystiques.

Aucune trace de follicule fraîchement rompu.

Pas de corps jaune en évolution apparente.

Obs. III. — Mme L..., 24 ans.

Réglée à 16 ans et demi; dysménorrhée dès l'origine. Infécondité après 8 ans de mariage.

A toujours eu au milieu du mois un écoulement sanguinolent d'intensité et de durée variables, simple suintement dans quelques cas, véritable perte dans d'autres, se prolongeant quelquefois jusqu'aux règles suivantes et accompagné de douleurs.

Femme migraineuse, extrémités froides, poils dispersés sur les bras, les jambes, l'abdomen, rares au pubis.

Syndrôme polyglandulaire net.

Une opération pratiquée la veille des règles montre un follicule prêt à se rompre, règles le lendemain de l'opération.

Obs. IV.

Le 13 mars 1913, M. le Dr Siredey assiste avec 2 médecins à l'opération d'un fibrome (myomectomie) chez une femme de 35 ans. L'opération avait lieu 48 heures avant l'époque présumée des règles. On voyait de la façon la plus nette sur l'ovaire droit, un follicule du volume d'un grain de raisin fortement vascularisé, prêt à se rompre. Il n'existait nulle part de corps jaune tuméfié en voie d'évolution. Les règles apparurent 36 heures après, elles eurent un cours normal.

Obs. V. — Mme H..., 40 ans.

Réglée à 13 ans régulièrement; abondance modérée. Durée 4 jours. 2 enfants.

Depuis 1 an, modifications menstruelles, vive dysménorrhée pendant toute la durée de l'écoulement dont l'abondance est très diminuée et dont la durée n'est plus que de 2 jours.

Gros utérus rétrofléchi. Annexite droite.

D. R. 4 au 6 mai.

Opération 7 jours après la fin des règles : kyste hématique de l'ovaire droit, utérus myomateux.

Aucune trace de follicule en évolution, mais on constate sur l'ovaire gauche un corps jaune en voie de régression.

Obs. VI. — Mme G..., 38 ans.

Réglée à 15 ans; très bien réglée sans douleurs.

Hémorragies douloureuses, depuis quelques mois.

Gros utérus myomateux.

D. R. 25 au 30 mai. Gros utérus, polypes. Double annexite.

Opération 9 jours après la fin des règles.

Aucune trace de follicule, mais corps jaune déjà ancien et modifié sur l'ovaire droit.

Obs. VII. — 31 ans. Dysménorrhée habituelle.

Opérée le 19 juin 1914, 3 ou 4 jours après la fin des règles. On ne voyait sur l'ovaire droit que la trace de la rupture récente du follicule, avec tache ecchymotique à ce niveau.

Ablation d'un appendice très altéré et d'un ovaire très scléro-kystique.

Des 7 observations que nous avons recueillies une seule, la première, est d'accord avec la théorie actuelle, puisque l'opération pratiquée la veille des règles, montre un corps jaune à la période d'état.

Mais nous opposons les observations III et IV, montrant un follicule prêt à se rompre la veille et l'avant-veille des règles.

L'observation VII montre le follicule rompu récemment aussitôt la fin de l'écoulement.

Chez 3 femmes cette rupture coïncide donc nettement avec le flux menstruel. Chez les 3 autres, on ne constate

aucun fait permettant d'établir l'heure exacte de la rupture du follicule et on peut conclure que chez ces femmes rien n'autorise à penser que celle-ci a lieu 12 jours avant les règles.

De plus l'observation III est doublement intéressante pour nous, car elle nous fournit la preuve indiscutable que chez cette femme la crise ne correspond pas du tout à la ponte ovulaire. Elle semble, chez cette femme, être liée à une difficulté de l'ovulation, difficulté que l'on conçoit fort bien puisqu'elle se produit dans un ovaire scléro-kystique profondément altéré.

Lorque la crise est continue, il nous semble qu'elle est liée à une difficulté de l'ovulation ; elle ne peut correspondre à la rupture hypothétique du follicule, car elle devrait être transitoire. L'ovulation dans un ovaire congestionné et altéré peut provoquer une réaction douloureuse, manquant totalement chez la femme saine, bien portante, dont les ovaires sont normaux. L'apparition de cette douleur est de date variable suivant les femmes Chez les unes elle débute seulement 8, 4 jours avant les règles, chez d'autres même, les premières heures de l'écoulement. Il semble donc que ce travail ovulaire débute suivant les femmes à une époque différente.

La crise transitoire correspond-elle toujours à la ponte?

Aucun fait précis ne le démontre. De plus l'existence rare de ce syndrôme ne prouve pas que cette ponte ait lieu chez toutes les femmes à une époque très distante de l'écoulement menstruel.

Si l'on veut considérer ces manifestations comme

liées à l'ovulation, on arrive à la conception suivante : *l'ovulation peut avoir lieu avant la menstruation, mais à des dates qui sont loin d'être uniformes et avec des symptômes qui varient, pour ainsi dire, avec chaque femme.*

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Le traitement doit être dirigé contre la crise et contre sa cause.

1° *De la crise.* — La *douleur* sera calmée par le repos, repos au lit, ou sur une chaise longue, suivant son intensité.

Les applications chaudes, compresses ou cataplasmes simples ou laudanisés, amèneront presque toujours un soulagement notable. On peut cependant être obligé de recourir à une médication active.

On a conseillé l'usage du bromure de potassium, du chloral, de l'antipyrine.

On peut faire des applications locales de laudanum; recourir à des liniments calmants ou à diverses embrocations.

Les malades seront très soulagées par l'emploi de

lavements contenant (1) de XV à XXV gouttes de laudanum, seul ou associé à la teinture de belladone, auxquels on peut adjoindre l'antipyrine à la dose de 0 gr. 50.

Il faut autant que possible éviter l'usage de la morphine. Les douleurs qui nécessiteraient son emploi se répétant régulièrement, il y aurait de graves inconvénients à créer une accoutumance dangereuse.

Contre l'élément congestif utérin on conseillera l'usage des préparations d'hamamélis, d'hydrastis (2), de viburnum, de piscidia, sans recourir à l'ergot.

2° *De la cause.* — C'est un traitement que l'on doit prolonger pendant plusieurs mois (3).

Il faut conseiller à la femme d'éviter la fatigue sous toutes ses formes. Les stations debout prolongées, les longues courses à pied où en voiture, le surmenage intellectuel sont à déconseiller.

(1) Formule de lavement calmant : Laudanum de XV à XX gouttes; teinture de belladone de VI à XII gouttes dans 150 grammes d'eau bouillie dans laquelle on peut faire dissoudre 0,50 centigrammes ou 0,75 d'antipyrine.

(2) On peut employer les formules suivantes :

A.	Huile de jusquiame.	ââ 60 centimètres cubes.
	Huile de camomille camphrée . . .	
	Teinture d'opium.	10 grammes.
	Chloroforme	10 —
B.	Chloral	ââ 15 grammes.
	Camphre	
Ajouter :		
	Laudanum.	10 grammes.
	Lanoline.	10 —

(3) Formule pour chercher à prévenir les crises :

Teinture de piscidia.	5 grammes.
Teinture d'hamamélis	10 —
Extrait fluide d'hydrastis.	ââ 10 grammes.
Extrait fluide de viburnum	

De XV à XXX gouttes, dans un peu d'eau sucrée, à chacun des 3 repas, depuis la fin de l'époque menstruelle jusqu'au début de la crise.

Les bains, 2 à 3 fois par semaine, exercent une action très favorable.

Lorsque la femme présente des signes d'auto-intoxication, lorsque le foie a une tendance à se congestionner, lorsqu'on constate un léger subictère, une langue sale ou de la constipation, il faudra agir sur l'état digestif. On le modifiera avantageusement, en surveillant étroitement l'alimentation, en insistant sur un régime à tendance végétarienne.

On prescrira des alcalins soit sous forme de Vichy ou de paquets composés de la façon suivante :

Sulfate de soude	1 gr. 50
Phosphate de soude	0 gr. 75
Bicarbonate de soude . . .	0 gr. 50
Chlorure de sodium.	0 gr. 20

A faire dissoudre dans un demi-verre d'eau tiédie au bain-marie, qu'on prendra chaque jour pendant 10 jours après la fin des règles.

Les cures thermales à Luxeuil, Plombières, Néris, modifient très favorablement la crise.

La kinésithérapie, le massage donnent souvent des résultats durables.

Bouilly instituait déjà l'opothérapie thyroïdienne. Les extraits de corps thyroïde et d'ovaire donne des résultats excellents et qui ne sont pas pour nous surprendre, puisque la plupart des crises sont liées à une dystrophie qui se manifeste par des signes fonctionnels d'insuffisance polyglandulaire.

La médication thyroïdienne, donnée avec prudence chez une femme que l'on surveille, ne donne lieu à aucun accident. Il faut procéder avec soin car aucune dose fixe ne peut être prescrite; chaque sujet réagit différemment, quelques femmes ont des signes de basedowisme avec des doses de 0 gr. 02, alors que beaucoup d'autres supportent des doses journalières de 0 gr. 10 sans présenter aucune tachycardie.

En général, des doses de 0 gr. 10 d'extrait thyroïdien, tous les 2 jours pendant la semaine qui précède la crise, sont bien supportées. On associera l'extrait ovarien à la dose journalière de 0 gr. 20.

A ces moyens on ajoutera très avantageusement, la kinésithérapie et en particulier le *massage gynécologique*, avec *gymnastique* appropriée, l'hydrothérapie, surtout sous la forme de douches chaudes prolongées.

Les bains chauds (37°, 37°5 et même 38°), additionnés de 1 à 2 kilos de sel gris, renouvelés tous les 2 ou 3 jours, et suivis d'un repos au lit de 1 heure à 1 heure et demie, produisent en général d'excellents effets.

Lorsque ces traitements ne donnent aucun résultat appréciable, lorsque la femme souffre dans l'espace intermenstruel, avant les règles et pendant l'écoulement, lorsqu'on est en présence de désordres très accentués menaçant la santé générale, l'équilibre de l'organisme, on peut être obligé de recourir à une intervention chirurgicale.

On trouvera presque toujours dans ces cas rebelles un appendice altéré et des ovaires scléro-kystiques.

L'appendicectomie sera pratiquée, on fera sur les ovaires des résections autant que possible partielles; l'ablation d'une partie plus ou moins étendue d'un ou des deux sera en général suffisante, car elle est souvent suivie de guérison.

CONCLUSIONS

Nous croyons pouvoir résumer ce travail par les conclusions suivantes :

1° Il existe chez un certain nombre de femmes, vers le milieu de l'espace intermenstruel, une crise plus ou moins douloureuse, accompagnée ou non de leucorrhée et d'un léger écoulement sanguin, qui rappelle les phénomènes menstruels.

2° Cette crise, remarquable par sa périodicité, par ses caractères constants, par son rythme régulier, semble bien être en rapport avec l'ovulation.

3° Comme nous ne l'avons jamais rencontrée chez des femmes ou jeunes filles saines indemnes de toute affection génitale antérieure, elle ne nous paraît pas devoir être considérée comme un phénomène normal, faisant partie essentielle du processus menstruel.

4° D'après nos observations elle nous a paru constamment liée à divers états pathologiques : salpingo-ovarite

chronique, aplasie, dystrophie scléreuse des ovaires ou congestion *persistante en rapport* avec des troubles de la santé générale.

Vu : le Président,
POZZI

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

PARIS. — Imp. VIGOT FRÈRES, 23, rue de l'École-de-Médecine.